313

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Émile DANOUX

Né à Verdun le 1er mai 1877

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Applications de l'Anthropologie

à la Psychiatrie

Président : M. GILBERT-BALLET, professeur ;

PARIS

JOUVE & Cie, Imprimeurs-Editeurs

15, Rue Racine, 15

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DES-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le professeur POIRIER
1898-1899

Monsieur MONOD, hôpital Saint-Antoine
1899-1900

Monsieur GAILLARD, médecin des hôpitaux, St-Antoine
1900-1901

Monsieur ARROU, chirurgien des hôpitaux, Saint-Antoine
1901-1902

Monsieur MICHON, chirurgien des hôpitaux, Pitié
1902-1903

Monsieur le professeur LANNELONGUE
1903-1904

Messieurs CHAPUT et POTHERAT, chir. des hôpitaux
Broussais : 1904-1905

Monsieur Paul CARNOT - Broussais 1905-1906-1907-1908

Monsieur le professeur PINARD, clinique Beaudelocque
1906-1907

A Monsieur le docteur A. MARIE (de Villejuif)
qui nous a fourni les éléments de ce travail et nous a ouvert
son Service d'asile

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le professeur Gilbert BALLET
Médecin en chef de l'Asile Sainte-Anne

INTRODUCTION

Nous avons voulu dans cet ouvrage résumer les acquisitions diverses faites par la psychiâtrie dans le domaine de l'anthropologie. Il est exact de dire que la psychiâtrie a suivi avec un certain retard la marche ascensionnelle progressive faite par la médecine générale. Parties toutes deux de cette commune origine où la superstition et l'ignorance les rangeaient parmi les manifestations de la colère des dieux, côte à côte avec la pluie, l'orage, les éclipses et les comètes, elles ont, par étapes, accédé au domaine scientifique. Mais longtemps encore après que la maladie eut été reconnue comme un trouble organique, la folie passa pour être d'origine divine, et se rangea ensuite, dans un catégorie extra-corporelle, sous le nom de maladie de l'âme. Puis les psychologues s'en emparèrent, et en firent une manifestation d'un trouble du VOUS, manifestation

n'atteignant le corps que comme un tiers qui serait sous sa dépendance.

Pourtant les cliniciens ne pouvaient pas ne pas remarquer combien, dans certaines espèces de folies, en particulier dans les folies congénitales, le trouble de l'intelligence concordait avec des troubles de développement. La notion de l'hérédité de ces tares s'imposait aussi bien à priori que par les données de l'expérience. Morel distinguait l'hérédité congénitale intra-utérine de l'hérédité non congénitale ou innée.

Dans l'un et dans l'autre cas la maladie héritée évoluerait avec l'organisme, pour devenir adulte elle-même, à un moment donné, avec sa forme et ses caractères. Cette évolution serait indépendante des actions étrangères qui n'interviendraient que pour donner l'impulsion déterminante.

Lucas considère aussi que la maladie héritée existe en soi. Elle n'est pas le résultat d'une lésion, mais c'est elle qui la produit, par le fait même de l'évolution du processus morbide et de ses variations progressives. Cela expliquerait les apparences protéiformes de l'hérédité de métamorphose, l'hérédité avec transformation ou l'hérédité progressive de Morel.

Morel et Lucas, ignorant les agents microbiens des maladies, ne pouvaient considérer que dans l'hérédité pathologique il y eut transmission d'agents actifs capables d'exercer une influence morbide sur les descendants comme sur les ascendants. Aussi semblent-ils constamment transformer un fait en agent, et définis-

sent-ils l'hérédité comme une transmission de caractères.

Cette opinion ne peut plus avoir cours à l'heure actuelle où nous n'ignorons plus la transmission in utero des éléments microbiens et de leurs toxires, surtout; transmission se produisant tant pendant la gestation à travers les membranes de l'œuf, que pendant la conception du fait de l'existence de germes morbides figurés ou dissous, dans les cellules génératrices de l'ovule et des spermatozoïdes.

Or, c'est dans la texture des cellules et des tissus et dans la constitution chimique des principes immédiats qui les forment que réside le secret de leur activité spécifique: « C'est, dit A. Gauthier, dans le mode d'agencement des tissus entre eux et avec un tissu directeur général, le tissu nerveux qui les pénètre de toutes parts, qu'il faut chercher la cause qui préside à la vie d'ensemble. » Dans chaque être vivant, le mode d'agencement de la matière est, pour chacun des organes et des tissus qui les forment, le même que chez ses procréateurs. Cette structure est transmise par une petite quantité de matière venue des ascendants. La formation, le fonctionnement et l'accroissement du nouvel être résultent de l'organisation, du développement et des fonctions inhérentes à cette petite quantité de matières initialement transmise par la génération. « Toute modification, dit A. Gauthier, dans la structure ou la composition chimique des molécules primitives qui forment les organes d'un être vivant, (modi-

fications introduites par les variations du milieu, de l'alimentation, quelquefois, peut-être, par la coalescence des principes actuels avec les molécules étrangères à cet organisme), devient pour lui une cause de variation de ses organes, et par conséquent de leurs fonctions. Cette variation est apte à modifier, secondairement, en vertu de ce mécanisme intime, son aptitude à reproduire, exactement, les êtres dont il provient. »

Les germes morbides peuvent être transmis soit comme élément toxique seul, soit concuremment avec l'élément figuré. Sous l'une de ces deux formes ils peuvent être transmis soit par un seul, soit par les deux procréateurs. « En prolifèrent pour reconstituer les tissus semblables à ceux dont ils émanent, dit MENDEL, ils accuseront et décèleront leur état bio-chimique particulier, en le transmettant à quelque degré à toutes les cellules nées de leur segmentation progressive. »

Et PIERRET ajoute : « Nombre de troubles de la pensée sont le résultat, non seulement d'une hérédité psychologique, plus facile à invoquer qu'à définir, mais de tendances familiales qu'ont les cellules nerveuses à faire de la mauvaise chimie élémentaire. »

Mais cette dégénérescence est aussi différente d'un grand nombre des stigmates physiques de dégénérescence décrits par MAGNAN et ses élèves, que la pathologie est différente de la physiologie normale. Les stigmates physiques sont extrêmement nombreux et si fréquents que CAMUSET pouvait dire qu'il y a lieu de se demander s'il existe un mortel assez favorisé des dieux

pour n'être pas quelque peu dégénéré. Toutes les transitions existent entre le normal et le dégénéré le plus caractérisé, tandis qu'un fossé sépare la pathologie et la physiologie normale (Marie). Les stigmates anthropologiques constatés n'ont de valeur que par leur degré de fréquence.

Or, d'après Weigandt, chez les malades atteints de formes graves de folie, les stigmates dégénératifs se rencontrent accumulés dans 80 p. 100 des cas, alors que les normaux sans tare mentale peuvent les présenter dans une proportion de 10 p. 100.

Pour la classification de ces signes trouvés à l'examen anthropologique des aliénés, Morielli propose le groupement suivant:

A. Une première classe comprend les caractères simplement pathologiques traduisant une altération morbide:

1° les anomalies du développement (asymétrie, plagiocéphalie);

2° les stigmates de maladies constitutionnelles (rachitisme, syphilitique congénital);

3° les caractères pathologiques de cause occasionnelle (traumatisme, hygiène défectueuse de l'enfance, déformation artificielle);

B. Une seconde classe comprend toutes les anomalies plus particulièrement rangées sous le nom de stigmates physiques de dégénérescence. Ces caractères dégénératifs peuvent être distingués en trois groupes.

1° les caractères de dégénérescence proprement dits amenant des déviations du type anthropologique normal par exagération ou par transformation dans le même sens des caractères héréditaires des parents.

2° les anomalies amenant une déviation du type normal qui place l'individu dans un état d'infériorité relative. Elles dénotent un arrêt de développement à la période fœtale ou infantile (bec de lièvre, cryptorchidie, monorchidie, permanence des dents de lait, etc...)

3° enfin les anomalies morphologiques dites réversives qui semblent placer l'individu dans un état d'infériorité absolue en amenant une déviation du type anthropologique normal pour le rapprocher de celui des races ou des espèces inférieures (scaphocéphalie, prognathisme, oreilles en anse, longueur exagérée des bras, etc...) ce sont les caractères dits ataviques.

***

Mais, lorsque l'on procède à l'examen général anthropologique d'un aliéné, on peut relever deux sortes de stigmates: ceux dus à un état dégénératif congénital, indices de tares ancestrales, et ceux dus à un état dégénératif acquis; certains de ces derniers peuvent même être la conséquence secondaire et récente de troubles mentaux préalables, mais ils n'en ont pas moins pour cela même une grande importance. Certains stigmates professionnels aussi peuvent être en rapport étroit avec le mécanisme des troubles psychiques con-

comittants et il importe grandement de les relever. Certaines affections générales, que l'on sait être en étroite relation de causalité avec la folie, peuvent laisser des stigmates d'accidents antérieurs sous forme de cicatrices diverses de néoformations et déformations osseuses, de coloration spéciale des téguments, de calvitie, de pertes de substances (exemples: les cicatrices de syphilis, les traumatismes, les tuberculoses diverses, etc...) Certains stigmates d'affections de la toute première période de développement fœtal ou même infantile sont parfois des plus difficiles à distinguer des stigmates de dégénérescence congénitalement hérités. Entre les uns et les autres on doit admettre des transitions de passage qui font que certaines dégénérescences précocément acquises équivalent pleinement à des dégénérescences héréditaires.

Nous ne négligerons pas cet ordre de symptômes. Nous passerons en revue, après la taille en général, le tronc dont nous examinerons successivement la partie thoracique et la partie abdominale, pour envisager les viscères contenus dans les cavités. Nous passerons aussi en revue les organes génitaux externes et internes. Nous envisagerons ensuite les membres, leurs divers segments et leurs extrémités, pour arriver enfin à la partie la plus importante : la tête.

CHAPITRE II

SIGNES ANTHROPOLOGIQUES FOURNIS PAR L'EXAMEN DE LA TAILLE EN GÉNÉRAL

Les procédés employés pour la mensuration doivent d'abord retenir notre attention. Nous avons pris ceux que Papillault a empolyés, pour chercher le type normal moyen, sur deux cents cadavres des hôpitaux Parisiens :

Le sujet est placé horizontalement sur une table plane, le rachis droit, les jambes parallèles à l'axe du rachis, les bras rapprochés du corps, la paume des mains en avant, l'axe de la main parallèle à celle du corps. Les épaules abaissées et à la même hauteur, orienter la tête dans le sens transversal, en plaçant les deux trous auditifs sur le même axe perpendiculaire à l'axe du corps, dans le sens antéro-postérieur, la correction à

l'œil suffit, la hauteur du menton ne devant jamais servir. (1)

Ces mensurations sont faites à l'aide de la toise horizontale de Papillaut-Lapicque. Personnellement nous avons, avec le Dr A. Marie de Villejuif, mensuré plus de quinze cents malades de son service, à quelque catégorie mentale morbide qu'ils appartiennent. Les rengeant ensuite selon leurs maladies, nous avons obtenu des moyennes intéressantes que nous résumons ici.

	Taille minima	Moyenne	Taille maxima
Paralysie générale	1.48	1.70	1.88
Affaiblissement démentiel ..	1.40	1.70	1.82
Vésanies	1.45	1.70	1.81
Débilités congénitales	0.90	1.63	1.98
Intoxications	1.50	1.65	1.80
Confusions démence précoce névroses	1.55	1.65	1.85

(1) Suivant Ley, la mensuration doit être recueillie debout ou assis, avec la grande envergure horizontale, le périmètre thoracique, les diamètres biacromiaux et biiliaques, les circonférences du tronc, de la tête, le poids; ces mensurations doivent être périodiquement renouvelées en automne et en printemps surtout, la *comparabilité* des membres doit être aussi *absolue* que possible: par exemple, Ley compare les mensurations des enfants anormaux aux mensurations d'enfants normaux « provenant d'écoles semblables, ayant vécu de la même vie, ayant subi les mêmes influences générales et appartenant aux mêmes classes de la société ». Ces mensurations multiples prises en série et comparativement chez les enfants normaux et pathologiques montrent des évolutions différentes avec précocité apparente parfois chez les anormaux qui ensuite sont rattrapés puis dépassés par les normaux moins hâtifs.

Les indications les plus nettes données par ces moyennes consistent en ceci : On trouve le minimum (0.90) et le maximum (1.98) des tailles chez les aliénés atteints de psychoses congénitales. Le nanisme et le gigantisme sont d'ailleurs fréquemment liés avec des arrêts de développement du cerveau. C'est également chez ces aliénés que l'on trouve la moyenne de taille la plus basse, (1 m. 63). La débilité corporelle s'établit donc en parallèle de la débilité mentale. La moyenne a été prise sur 396 aliénés congénitaux et 1.299 aliénés de tout genre.

Les autres moyennes basses se rencontrent dans les psychoses exotoxiques (moyenne prise sur 9 aliénés) (alcoolisme, morphinisme, etc.) et les épileptiques et confus aigus et chroniques (moyenne prise sur 79 aliénés). Il semble que, là encore, la débilité corporelle soit parallèle avec la prédisposition à faire des troubles mentaux sous l'influence de intoxications externes ou internes.

Au contraire, nous trouvons des moyennes semblables et tout à fait voisines de la moyenne générale des conscrits (1.70,5) dans les psychoses fonctionnelles (moyenne prise sur 89 aliénés) dans les psychoses d'involution (moyenne prise sur 253 aliénés) et dans les paralysies générales, (moyenne prise sur 461 aliénés). Il semble que chez ces malades, la prédisposition aux troubles mentaux, toujours existante, ne se marque par aucune ébauche de dégénérescence physique, dans la grande majorité des cas, du moins, car la dégé-

nérescence ne saurait être une assurance contre la para-syphilis et la paralysie générale, contrairement à l'opinion qui eut vogue un temps.

La taille des aliénés est, on le voit, susceptible de présenter des anomalies caractéristiques, surtout si on la raporte aux tailles moyennes normales des âges correspondants.

***

Nanisme

Le *nanisme pur* est bien rare, sinon inexistant, à moins de tenir compte de certains types ethniques (pygmés des forêts équatoriales) insuffisamment étudiées. Dans la plupart des cas de nanisme avec équilibre relatif des diverses parties du corps il s'agit de troubles de développement en corrélation avec une influence vasculo-glandulaire (thyroïdienne surtout). Parmi ceux-là, les facultés mentales sont toujours plus ou moins lésées et les anomalies psychiques se décèlent aisément à un examen psychologique sérieux, encore que toutes les transitions puissent se trouver entre la déchéance myxœdémateuse avec crétinisme complet et l'infantilisme post pubère avec apparence psychique normale.

Dans les autres cas, le nanisme ne porte que sur des

difformités squelettiques concernant certaines parties du squelette, en particulier :

le TRONC. — bossus divers à tête petite — infantilisme pottique.

les MEMBRES :

1° *Simultanément.* Achondroplasie phocomélie.

2° *Séparément.* Tuberculose et hérédotuberculose. Syphilis précoce et hérédosyphilis. Rachitisme et osteo-malacie.

L'ORGANISME. — Achondroplasie pottique et achondroplasies simultanées des membres et des vertèbres.

Dans ces derniers cas de nanisme l'intégrité intellectuelle peut exister, encore qu'il persiste toujours un certain degré de puérilisme.

A côté de la petitesse, les nains peuvent présenter certains autres signes de dégénérescence physique qui viennent corroborer l'état dégénéré déjà par l'exiguité de la taille, et qui sont en rapport avec des troubles mentaux généralement profonds en proportion avec la fréquence des signes de dégénérescence surajoutés. Parmi ces symptômes il en est certains : microcéphalie, macrocéphalie, scaphocéphalie, oreilles en anse, voûte palatine ogivale, dents mauvaises, petites, trop grandes, crénelées, plissées, en nombre trop grand, trop petit, aberrantes, dents de lait persistantes, asymétrie faciale, nasale, déviation du vomer et du cartilage qui y fait suite, absence ou malformation des cornets, cécité, strabisme, astigmatisme, ectropion congénital,

cryptorchidie, monorchidie, hypospadias, épispadias, infantilisme sexuel, etc., etc— (que nous retrouverons dans les chapitres suivants), qui s'ajoutent au nanisme sans en dépendre et sont en quelque sorte des excroissances morbides indépendantes sur un arbre rabougri. Ces symptômes ne font que confirmer, qu'ancrer davantage l'idée de dégénérescence. Mais il peut aussi y avoir des symptômes qui dépendent du nanisme ou plutôt dépendent de sa cause. C'est ainsi que l'œdème des myxœdémateux, la grosse tête des achondroplasiques, la petite tête des bossus, sont des symptômes provenant de la cause même qui a amené le nanisme. Ils sont d'autant plus importants que leur régression précède et pronostique un accroissement de la taille, chez l'enfant ou l'adolescent bien entendu. Cela est surtout vrai pour l'œdème myxœdémateux régressant du fait du traitement thyroïdien.

Quelle que soit la cause du nanisme, elle est assurément de nature toxique, et cette nature toxique explique, parce qu'elle le crée, l'infantilisme psychique concomittent. Chez le myxœdémateux c'est une intoxication dysthyroïdienne et les troubles observés se rencontrent à l'état normal, mais transitoirement chez les enfants nouveau-nés, à figure poupine et bouffie et aux membres potelés. De même les disproportions passagères des traits pendant l'âge ingrat, dus aux développements rapides de la mâchoire inférieure, des sinus, du nez, des extrémités des membres rappellent assez l'air

gauche et disgracieux de l'acromégalique. L'élément toxi-infectieux des tuberculoses vertébrales, en même temps qu'il produit la déformation spinale, peut déterminer des altérations secondaires des tissus glandulaires infectés, avec infantilisme secondaire à tous les degrés, infantilisme psychique compris. Cela est vrai également dans les tuberculoses autres et dans les infections les plus diverses. Dans les pseudo-nanismes par difformité squelettique, il y a insuffisance osteotrophique. (P. Marie et Léry). De même la maturité sexuelle précoce arrête la croissance des organismes (Parhon et Marbe). Enfin, pour Marfan, l'hypo ou l'athyroïdie détermine un arrêt dans l'ossification par un mécanisme spécial qui montre bien l'importance des sécrétions glandulo-vasculaires les unes sur les autres et sur l'organisme. Les infections et les auto-intoxications chroniques provoquent de la part des organes hématopoïétiques une réaction de défense plus ou moins marquée. C'est la mœlle osseuse qui réagit la première avec le plus d'intensité, déterminant ainsi les altérations rachitiques des os; ce sont ensuite les amas de tissu adénoïde (hypertrophie des amygdales, végétations adénoïdes), les ganglions lymphatiques (polyendémie) la rate elle-même est assez souvent hypertrophiée; les altérations de ces divers organes seraient à l'origine de toutes les dystrophies et de toutes ces modifications morphologiques et des stigmates physiques et psychiques du syndrôme rachitique.

Meige, cherchant à établir le signalement général de l'infantilisme, indique la peau fine et claire, les cils et les sourcils peu fournis, le visage glabre, le nez peu développé, l'absence de cils au pubis et aux aisselles. Parfois les organes génitaux rudimentaires, la voix aigre et grêle, le larynx peu saillant, la face arrondie et joufflue à lèvres saillantes et charnues, les membres potelés, la couche adipeuse enveloppant le corps et la petitesse du corps thyroïde. Ce sont là des symptômes que nous trouvons chez les nains (à part certains d'entre eux, achondroplasiques par exemple), de même que nous trouvons le puérilisme caractérisé par la légèreté, la naïveté et la pusillanimité, les pleurs et rires faciles, l'irascibilité prompte et fugace, la tendresse excessive ou la répulsion irraisonnée.

***

Gigantisme

Le gigantisme peut aussi être observé parmi les malades mentaux. L'infantilisme s'y rencontre, mais bien moins souvent que chez les nains; par contre, des névroses diverses ont été signalées par Guinon, Raymond, Dercum, Pick, Tauzy, Tick, Haskovec, Schlesinger, et des troubles mentaux par Launoy et Roy,

Tyms, Joffroy, Moncario, A. Marie, Farnarier et Brunet, Roubinovitch, Fabret, Tarufi, Ugoletti, Claude, Saintou.

Le gigantisme infantile développé de bonne heure a été opposé au gigantisme acromégalique tardif. C'est devant la société médicale des hôpitaux qu'a été à plusieurs reprises, discuté ce problème. Dans les séances du 1er et du 14 mai 1896, Brissaud et Pierre Marie ont développé les arguments que faisaient valoir *unicistes* et *dualistes*.

Ces derniers, dont le représentant de beaucoup le plus autorisé était P. Marie admettaient que l'acromégalie était une altération caractérisée par une hypertrophie localisée du squelette, tandis que le gigantisme n'est que l'exagération généralisée du processus ostéogénique normal.

Au contraire, les *unicistes* avec Brissaud et Meige, estimaient que le gigantisme et l'acromégalie sont une seule et même dystrophie se manifestant à deux âges ou mieux à deux périodes différentes de la croissance.

En effet, les deux types de gigantisme que Launoy et Roy se sont efforcés d'opposer l'un à l'autre, dans une série de communications, le type infantile et le type acromégalique sont distincts, pour eux, « dans l'espace et non pas dans le temps ». Le géant infantile devient un acromégalique parce que sa vie se prolonge jusqu'à soudure complète de ses épiphyses et de ses diaphyses, c'est-à-dire jusqu'à la disparition de ses cartilages de conjugaison.

Cessant, en effet, de s'accroître en longueur, ses os n'augmenteront pas dès lors dans le sens transversal. L'hyperostéogénèse enchondrale s'arrêtant, l'hyperosteogénèse périostale subsiste seule. Le gigantisme ne serait donc que l'acromégalie de l'enfance dans l'âge ingrat prolongé.

L'acromégalie peut s'observer chez des aliénés sans haute stature, soit qu'il y ait acromégalie fruste réduite à l'hypertrophie des extrémités, soit que l'acromégalie ait abouti, comme il arrive souvent, à l'effondrement de la colonne vertébrale fragile avec ou sans déviation concomitante des membres inférieurs. On a alors l'acromégalie avec déviation de la colonne vertébrale. Le bossu paraît alors de stature moyenne, mais c'est un géant bossu qui reste géant par le développement considérable des membres (les différences de stature tiennent surtout aux différences de longueur des membres inférieurs, le tronc étant bien plus fixe dans ses dimensions générales et ne variant qu'entre des écarts relativement minimes).

A côté des acromégaliques géants, dont la taille s'est réduite du fait de l'effondrement de la colonne vertébrale, il y a des acromégalies frustes que l'on peut observer dans les asiles, sans taille exagérée, mais avec déformation typique de la tête et des extrémités.

Nous avons mis dans le présent chapitre les mesures prises du poids des aliénés, comme se rapportant aux considérations générales de la taille.

	Minimum de poids	Moyenne	Maximum
Persécutés	53	60	85
Maniaques	54	60	91
Mélancoliques	43	60	86
Paralytiques g.	40	62	115
Idiots, imbéciles	27	50	74
Débiles	41	59	88
Dégénérés	49	65	85
Affaiblissement intell.	35	61	100
Déments organ.	44	64	90
Déments séniles	36	60	102
Délires toxiques	46	63	96
Confus	45	58	83
Epileptiques	48	64	79
Déments précoces	43	57	79

On voit que les minima comme les moyennes les plus basses correspondent aux dégénérés inférieurs, puis croissent graduellement avec les débiles simples, les confus et les déments précoces dont l'avortement psychyque accidentel semble bien greffé sur un terrain prédisposé héréditairement.

Les déments séniles, paralytiques et affaiblis donnent les poids maxima, puis viennent les folies toxiques, les vésaniques et les organiques. Les épileptiques aliénés se rapprochent des dégénérés par les poids comme par les tailles, de même que par les caractères cliniques.

Si l'on calcule les rapports des tailles aux poids, on

arrive à l'évaluation de ce que pèse le centimètre de taille; on voit alors que les dégénérés accentués donnent un rapport au-dessous de la moyenne et qu'en distinguant les paralytiques en catégories, le rapport minimum correspond nettement aux formes avancées et plus ou moins cachectisées. Le minimum des poids des paralytiques généraux abaisse la moyenne générale, mais relève ainsi plutôt des états cachectiques terminaux très nombreux dans le service de Villejuif où ont été faites les pesées. Néanmoins le poids moyen des P. G. reste au-dessus de la moyenne générale ainsi que celui des déments organiques, des délires toxiques des épileptiques et des débiles.

CHAPITRE III

SIGNES ANTHROPOLOGIQUES FOURNIS PAR L'EXAMEN DU TRONC

Nous étudirons séparément les anomalies anthropologiques du thorax et de l'abdomen. Néanmoins, dans le domaine spécial où se rencontrent la psychiâtrie et l'anthropologie, il y a entre eux un lieu de passage qui consiste dans le masculinisme chez la femme et le féminisme chez l'homme. Chez l'homme normal, le diamètre bi-huméral (de la limite externe de la tête humérale à la partie correspondante du côté opposé) est plus grand d'un cinquième que le diamètre bi-trochantérien (39 et 31 centimètres en moyenne). Chez la femme normale, il n'y a que la différence d'un douzième (35 et 32).

Lorsque le diamètre bi-huméral de l'homme est exagérément diminué en proportion du diamètre bi-iliaque, il y a féminisme, et réciproquement si chez la

femme le diamètre bi-huméral est exagéré en proportion du diamètre bi-iliaque il y a masculisme.

Ces anomalies sont connues de la plus haute antiquité, mais c'est surtout depuis TARDIEU et FORAIN que des études ont été faites sur ces cas particuliers.

Il est évident que chez la femme la présence de la barbe; l'absence du système pileux, l'étroitesse du bassin, chez l'homme, l'abondance du panicule graisseux sous-cutané, la molesse des contours, la blancheur de la peau, le retard de la dentition, la nullité sexuelle chez l'adulte, ne constituent pas à eux seuls des caractères suffisants pour déceler d'une manière certaine le masculisme et le féminisme. Si ces différents termes ne sont pas précis, c'est que les sujets examinés, comme le fait remarquer FÉRÉ, n'ont pas été mesurés avec soin.

Si une femme, après la ménopause, voit la barbe envahir son visage, elle n'est point pour cela une dégénérée atteinte de masculisme. Cependant les anciens aliénistes signalent souvent l'apparition de la barbe chez les femmes aliénées comme signe de chronicité. DUPRÉ a repris depuis, la question et montré la fréquence de ces hypertrichoses chez les aliénées.

Si au contraire une femme en pleine activité sexuelle présente en même temps qu'un système pileux développé sur le visage un défaut de développement des mamelles, une voix forte et mâle, un penchant pour les jeux violents, des caractères céphaliques analogues

à ceux du groupe masculin, ou du moins supérieurs à ceux du groupe féminin, des diamètres bi-acroniaux supérieurs non seulement à ceux de son groupe, mais même à ceux du groupe masculin, un bassin peu développé, des hanches peu saillantes, nous pourrons affirmer du masculisme chez cette femme.

Si, au contraire, nous nous trouvons en présence d'un individu portant des organes génitaux masculins, mais ayant peu de poils au visage, une voix grêle, une attitude et une démarche féminines, une émotivité morbide, des penchants sexuels faibles, nuls ou parvertis, accompagnés d'un bassin large, d'épaules tombantes, de hanches saillantes, de glandes mammaires très développées, d'une taille générale au-dessous de la moyenne, et que la proportion diamètre bi-huméral et diamètre bi-iliaque inférieurs notamment à 1/5 et voisins de 1/12, nous pouvons affirmer le féminisme.

On désigne sous le nom d'androgynes des dégénérés présentant des caractères masculins unis à des caractères féminins, ou des caractères féminins unis à des caractères féminins, tant au point de vue somatique que psychique.

L'androgynisme est indépendant ordinairement de l'hermaphrodisme, qui, lui aussi, est généralement mâle ou femelle, c'est-à-dire qu'avec des apparences mixtes il se rattache presque toujours en réalité des deux sexes. Je dis *presque*, étant donné qu'en ces derniers temps on a signalé un cas de glande testiculaire in-

clus chez une femme dans un repli des grandes lèvres, et un cas d'utérus avec trompe inclus dans la cavité vaginale d'un jeune homme de 19 ans. (Cas de Brossard, du Caire, présenté à l'Académie de Médecine par M. Cornil en 1903).

A ces signes somatiques d'androgynisme se joignent des troubles psychiques en rapport avec la constitution particulière de l'individu, des modifications de tempérament, de caractère, de tendances, et aussi des perversions psycho-sexuelles particulièrement étudiés par KRAFFT-EBHING.

***

Thorax

Les modifications anthropologiques du thorax peuvent être étudiées en général, puis alternativement pour la partie antérieure et la partie postérieure. Voici tout d'abord le résultat de mensurations du thorax faite à l'asile Villejuif sur plus de 1.500 aliénés.

Circonférence thoraxique :

	Minimum	Moyenne	Maximum
Confus	72	83	95
Epileptiques	73	84	98
Déments précoces	70	80	97

	Minimum	Moyenne	Maximum
Persécutés	75	85	94
Maniaques	73	82	98
Mélancoliques	69	83	95
Paralytiques	65	86	119
Déments organiques	80	89	100
Déments séniles	70	86	110
Affaiblis. intellec.	67	85	103
Idiots, imbéciles	63	98	92
Débiles	66	81	98
Dégénérés	70	77	105
Délires toxiques	73	88	103

On voit que les minima les plus bas des circonférences thoraxiques correspondent d'une part et par ordre décroissant aux insuffisances congénitales chez les dégénérés, débiles et idiots (63 cm.) puis des déments précoces proches des dégénérés à ce point de vue de l'insuffisance thoracique (comme à ceux de poids et de taille). D'autre part aux insuffisances acquises des cachexies paralytiques et mélancoliques ou des marasmes séniles. Pour les moyennes, l'analogie entre déments précoces et dégénérés s'accentue encore; tandis que les paralytiques, intoxiqués et séniles, représentent les sujets à maxima les plus élevés et à moyenne normale.

Les principales déformations de la paroi antérieure du thorax que l'on rencontre dans les asiles, sont l'asymétrie, la déformation en entonnoir, en barque, en brechet, en gouttière, l'angle de Louis exagéré. L'asymé-

trie peut être congénitale ou être secondaire à une déviation hémiplégique, ou bien à un tic, à une stéréotypie, à une attitude vicieuse défensive (persécutés), catatonique (démentes précoces) où volontaire délirante (fakirisme). Elle peut aussi être le résultat de cicatrices, de pleurésies anciennes avec symphyse pleurale, d'anciennes lésions tuberculeuses étendues ayant entravé la respiration normale d'un côté et exagéré l'expansion pulmonaire de l'autre côté. Quant aux autres déviations, elles sont la plupart d'origine embryonnaire. Féré l'a mis en évidence en constatant un arrêt de développement du grand pectoral en même temps qu'un arrêt de développement des cartilages costaux. Le même arrêt de développement a été signalé par Trape dans un cas où le mamelon manquait du même côté. Non seulement on peut observer le défaut de développement, mais même l'absence totale d'un muscle comme le petit pectoral, coïncidant avec l'absence de cartilage costal des 3e et 4e côtes du même côté.

Enfin, à l'examen anthropologique de la face antérieure du thorax appartient l'étude de la région mammaire. La glande mammaire peut manquer, ou bien, présente, elle peut, dans le sexe féminin, rester atrophiée comme dans l'autre sexe. Au contraire il peut y avoir hyperthrophie des mamelles (gynécomastie) ou mamelles supplémentaires chez les dégénérés mâles ou même dans les deux sexes. L'emplacement des mamelons surnuméraires (polymastie) est variable; on a si-

gnalé des esquisses de mamelles thoraciques et abdominales et multiples jusqu'à huit chez l'homme. (cas de WEIGANDT).

La bibliographie des anomalies congénitales de ce genre est des plus riches; ce sont des rappels des variations de distribution originelle de la glande dans la série animale. Mamelles inguinales, abdominales, thoraciques, et même auxiliaires.

Les modifications anthropologiques constatées à la partie postérieure du thorax sont dues à des modifications pathologiques de la colonne vertébrale. La plupart tirent leur origine d'une tuberculose pottique et les déviations qui en résultent et imposent des modifications déformatrices au thorax tout entier dépendent de la localisation du mal de Pott. Nous avons déjà, au sujet du nanisme, parlé de ces déformations, de leur évolution et de leur retentissement possible sur le domaine psychique. Cyphoses, scolioses, lordoses de compensations, déformations costales concomitantes peuvent se trouver chez les aliénés. Plus que par la déformation apparente extérieurement elles sont intéressantes par leur origine et par le retentissement qu'elles ont sur les organes intra-thoraciques.

Les modifications abdominales sont aussi fort intéressantes à étudier. Voici à ce sujet le résultat de nos recherches sur les 1.500 aliénés de l'asile Villejuif.

	Minimum	Moyenne	Maximum
Confus	65	78	102
Epileptiques	72	79	90
Déments précoces	62	74	96
Persécutés	73	80	92
Maniaques	70	79	96
Mélancoliques	68	80	98
Paralytiques g.	62	79	125
Déments organ.	70	84	102
Déments séniles	61	80	102
Affaiblissement intellec.	69	79	100
Idiots, imbéciles	61	77	96
Débiles	66	76	96
Dégénérés	66	77	102
Délires toxiques	70	83	106

On voit que c'est, encore ici, chez les dégénérés, débiles, idiots (61 cm.) que l'on trouve les minima les plus bas des circonférences abdominales. La moyenne la plus basse des moyennes ainsi que des minima (62) est atteinte par les déments précoces, voisins des dégénérés. Les circonférences abdominales des alcooliques et déments organiques (congestifs) sont les seules au-dessus de la moyenne, comme on eût pu s'y attendre chez des malades à dégénérescence adipeuse et à foie hypertrophié ou à prédominance circulatoire ascendante, selon les schémas de D. Giovanni de Padoue. La vicéroptose sénile peut expliquer aussi les circonférences maxima

de nos déments âgés et affaiblis mentaux. Enfin, certains paralytiques passent par une obésité transitoire à l'époque de boulimie gloutonne du début, compensée plus tard à la phase terminale par l'autophagie cachectique (62 minimum) analogue à celle des diabétiques et de certains marasmes de la sénilité, comme de l'idiotie ou de la démence précoce.

Les hernies sont excessivement fréquentes chez les dégénérés, surtout les hernies niguinales. Mais tous les genres de hernies se rencontrent chez eux. Elles s'expliquent par la faiblesse des parois abdominales. Elles peuvent se rencontrer dans plusieurs générations successives, mais ce qui est héréditaire, c'est moins la sortie des viscères de leur cavité naturelle que la laxité originelle des tissus.

Elles constituent si bien, la plupart du temps, un stigmate de dégénérescence qu'elles coïncident avec les difformités les plus variées. Demons a observé chez un dégénéré atteint d'une hernie ombilicale l'hypospadias, une syndactilie à gauche et une occlusion des paupières du même côté. On les a observées coïncidant avec des tumeurs congénitales de la région coccygienne. Trædenthal a examiné 500 hernieux et 143 fois a trouvé une étroitesse des fosses nasales avec le palais ogival le plus souvent.

Les hernies coïncident également avec les ectopies testiculaires, le défaut de développement du testicule et d'autres anomalies des organes génitaux.

Quant à la partie postérieure de l'abdomen, elle peut être le siège de déviations de la colonne vertébrale soit primitive (cyphoses d'origine pottique) soit secondaires à une déformation thoracique par cyphose pottique ou scoliose (lordose, scoliose de compensation). On peut y trouver, à titre de rareté, le spondylizème et le spondylolisthésis, avec les déviations du bassin qui en dépendent. Le bassin lui-même peut être lui-même le siège de malformation (bassin des bossus, des boiteux, rachitique, des luxations de la hanche ostéomalacique, ovalaire de NAEGELE coxalgique). On peut aussi trouver des déviations vertébrales secondaires chez les hémiplégiques. Enfin, l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale peut être le siège d'anomalies : les plus fréquentes parmi les aliénés sont celles qui simulent un rudiment de queue. Ces déviations s'observent fréquemment chez plusieurs membres d'une même famille, et peuvent être héréditaires comme la scoliose et la lordose.

La face postérieure du tronc peut être encore le siège de plus graves déformations. C'est ainsi qu'on peut rencontrer chez les aliénés, non le spina bifida vrai, qui est rarement compatible avec l'existence, mais le spina bifida occulte qui se traduit par l'hypertrichie lombaire. On l'a rencontré très souvent chez plusieurs enfants d'une même famille. Il n'est incompatible ni avec une existence de longue durée ni avec les fonctions de reproduction. Il n'en est pas moins vrai qu'il

s'accompagne de troubles dans l'évolution du système nerveux; c'est ainsi que Féré l'a vu coïncider avec un pied-bot équin une fois et une autre fois avec une déformation en marteau des deux gros orteils, et Brünner avec un pied-bot varus et un mal perforant.

Le spina bifida coïncide également avec l'hydrocéphalie, la cyanose (Kane) l'extrophie de la vessie et les anomalies dégénératives diverses des organes (Wasseige), la division du voile du palais. Houel l'a observée chez un fœtus coïncidant avec une luxation congénitale de la hanche et un double pied-bot varus très prononcé. Il est également fréquent d'ailleurs de trouver le spina bifide coïncidant avec les difformités des membres inférieurs. On l'a vu également coïncider avec l'absence du scrotum, etc... Blaud Sutton a vu sur un fœtus un spina bifida coïncider avec l'imperforation de l'anus, l'imperforation du pharynx et des demi-vertèbres supplémentaires.

L'inocclusion de la cavité rachidienne siège le plus souvent au niveau de la portion inférieure de la gouttière dorsale, du moins sur les monstres observés à terme. L'inocclusion à un point le plus voisin du bulbe ou de l'encéphale arrête le développement fœtal et est incompatible avec la vie; c'est une variété d'exencéphalie ou d'anencéphalie.

Il se peut que la fermeture de la gouttière dorsale soit incomplète, mais compensée par une lame fibro-cutanée; on devra rechercher ces formes atténuées et

ne pas les confondre avec l'ouverture acquise par escharres si fréquentes dans les états cachectiques de la folie chronique et de la démence.

L'ouverture du canal rachidien peut en effet se produire et en règle générale, la mort du sujet survient le plus souvent peu après, soit par les progrès de la cachexie, soit par l'échéance d'une infection de la mœlle venant la compliquer du fait même de l'escharre pénétrante. Ce sont là des maux perforants de la colonne vertébrale dont les relations avec l'état préalable des centres nerveux peut être direct et dans les rapports de cause à effet, sans préjudice de l'aggravation mortelle inverse qui en peut résulter sur l'état de l'axe cérébro-spinal. Cependant les maux perforants peuvent guérir et il est facile, à l'examen somatique d'un aliéné, d'en relever les traces; ce sont alors les stigmates d'un accès antérieur suivi de rémission.

***

Viscères

Les anomalies du tronc coïncident souvent avec des anomalies d'organes profonds qui y sont contenus. Warmer a noté l'existence des anomalies du cœur avec d'autres malformations (inversion du cœur). Roubinovitch et Phulpin ont signalé la microcardie.

Sanson et Duroziez font jouer un rôle considéra-

ble dans la pathogénie de ces anomalies cardiaques, aux modifications trophiques générales qui accompagnent la puberté.

D'après cette théorie, le rétrécissement mitral serait, chez certains enfants, précoce et latent. Il aurait pour conséquence d'arrêter le développement du ventricule gauche qui règle les dimensions d'après l'importance de l'ondée sanguine qu'il reçoit. Or, à la puberté, tous les organes ont une tendance à augmenter de volume; le ventricule gauche participe à cette augmentation, de sa croissance résulte une disproportion entre l'orifice mitral et la cavité auriculo-ventriculaire dont la conséquence est un rétrécissement mitral indépendant d'une endocardite. Roubinovicht a été amené ainsi à considérer le rétrécissement mitral de ces déments précoces comme l'effet d'une malformation cardiaque acquise à l'âge de la puberté; ou congénitale, sorte de stigmate cardiaque de dégénérescence.

On a signalé le développement exagéré de l'appendice vermiculaire. Font-Réault a observé une anomalie du rectum en même temps qu'une hernie ombilicale étranglée et une absence de vésicule biliaire. Catala a noté l'absence d'un poumon et d'un rein. Marie a observé un jeune idiot atteint d'une maladie bleue par persistance du trou de Botal et un aliéné ayant parmi ses descendants un enfant atteint de la persistance du canal interventriculaire.

On connait l'influence pathogène des anomalies du

développement des artères. Wirchow, Beneucke, Kuessuer, Lancereaux, Legrain et Vigouroux ont signalé des arrêts de développements aortiques et leurs conséquences possibles sur l'infantilisme, le nanisme viscéral ou autre, la débilité congénitale, la démence précoce, etc... Le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire détermine la cyanose et constitue une condition prédisposante de plus à la tuberculose pulmonaire. L'atrésie de l'aorte a une importance considérable non seulement sur la pathologie du cœur, mais sur la sclérose et le développement général de l'athérome dans tout l'organisme. L'insuffisance congénitale de calibre de ce vaisseau ou sa compression secondaire, sa coudure scoliotique par exemple, peuvent même, on l'a vu, être invoquées comme une cause d'arrêt général du développement de tout l'ensemble de l'organisme par insuffisante irrigation sanguine. L'insuffisance pulmonaire, on l'a vu, peut avoir une action analogue, qu'elle soit congénitale ou acquise précocement. Elle peut tenir, soit à une *sténose* des artères pulmonaires, soit à une *sténose* trachée-laryngée (trachéotomie ancienne), soit à l'état du poumon, ou de ses enveloppes et de sa cage thoracique.

Tous les autres viscères peuvent être le siège d'anomalies diverses, en particulier les reins qui peuvent être flottants, asymétriques (Anglade) ou soudés en un viscère unique semi-lunaire à croissant ouvert en haut ou en bas.

Les considérations tirées du graphisme comparé des périmètres thoraciques, en inspiration et expiration, combinés aux enregistrements pneumographiques et à la spirométrie, ont une importance que MARCÉ avait, le premier, signalée: il montra, dans son traité des maladies mentales, l'existence d'un phénomène qui mérite pleinement le nom de syndrôme de MARCÉ qui concerne les caractères particuliers de l'insuffisance respiratoire des psychopathes déprimés. A l'état physiologique, dit-il, il existe entre le nombre des pulsations et le nombre des respirations un rapport parfaitement déterminé et ce rapport varie selon l'âge du sujet. Or, en examinant chez les mélancoliques en état de stupeur le pouls et la respiration, et en comparant leur rapport au rapport normal, on trouve de la manière la plus évidente que, lorsque la stupeur est profonde, le nombre des respirations, relativement au nombre des pulsations, est de beaucoup inférieur à la moyenne physiologique; quand la dépression devient moins intense, les rapports normaux entre le pouls et la respiration réapparaissent; lorsqu'elle s'aggrave, la circulation s'accélère sans que le nombre des respirations augmente proportionnellement, ou bien encore la respiration se ralentit sans aucune modification dans la situation. Dans les deux cas, le résultat est le même, et il est facile d'en prévoir les conséquences; l'équilibre se trouve rompu entre la quantité de sang que le cour envoie au poumon et la quantité d'air qui arrive

par les voies respiratoires, et ce n'est pas impunément qu'il y a parfois par minute six respirations de moins.

L'oxygénation du sang devient plus lente et plus incomplète, le sang veineux stagne dans les vaisseaux et arrive au poumon avec moins de liberté; peu à peu les capillaires sont distendus par un sang chargé d'acide carbonique, d'où la cyanose des mains, du nez, des lèvres, que l'on observe chez les sujets atteints de mélancolie avec stupeur, d'où la bouffissure de la face, avec œdème, le refroidissement des extrémités, la langueur de toutes les fonctions, enfin un état d'asphyxie qui s'explique par le ralentissement de l'hématose.

Si l'on prend l'enregistrement respiratoire d'un mélancolique au thermomètre de DUFESTEL, on obtient un graphique où l'amplitude respiratoire est visiblement diminuée. La surface comprise entre les deux tracés concentriques de l'inspiration et de l'expiration maximum se trouve réduite par rapport à la respiration normale. On le peut faire ressortir par des pneumogrammes comparés d'un déprimé et d'un normal, ou chez le même malade à la forme circulaire ou alternante, en comparant son enregistrement des périodes déprimées à celui établi pendant une phase normale ou excitée.

CHAPITRE IV

SIGNES ANTHROPOLOGIQUES FOURNIS PAR L'EXAMEN DES ORGANES GÉNITAUX

Les anomalies dégénératives des organes génitaux comme les autres sont tantôt en déficit, tantôt en surplus; à côté des atrésies, insuffisances et absences de tout ou partie des attributs sexuels superficiels ou profonds, on peut observer des exagérations de dimensions ou des dédoublements, (utérus bicornes, vagins doubles ou cloisonnés, voire même des mélanges d'attributs des deux sexes (glandes testiculaires et ovaires simultanément développés, utérus dans la cavité vaginale d'un scrotum, testicule dans les grandes lèvres, etc..)

C'est chez l'homme que l'on rencontre le plus fréquemment un développement insuffisant ou moins apparent de l'appareil sexuel. Le développement exagéré plus rare est assez ordinairement la conséquence de

manœuvres morbides ou d'altérations pathologiques. On observe cependant la macrorchidie congénitale. Les plus fréquentes anomalies du testicule sont : la microrchidie congénitale uni ou bi-latérale, les ectopies inguinales ou abdominales, l'anorchidie unilatérale ou double, la monorchidie ou la cryptorchidie simple ou double (dicryptorchidie), les inversions et asymétries diverses, le varicocèle, l'analgésie ou l'hyperesthésie testiculaires, etc...

La verge peut-être anormale, soit par sa longueur et son volume (micro et macrophalie), déformation acquise en battant de cloche). Elle peut être le siège de multiples déformations portant sur la direction de l'organe (torsion sur l'axe longitudinal), sur l'anomalie de disposition du méat qui peut être imperforé, très étroit, dévié en bas (hypospadias, balanique, pénien, scrotal), ou en haut (épispadias). On a signalé des poches congénitales de l'urètre, des kystes dermoïdes du raphé (Féré).

Le prépuce peut manquer, être trop long ou trop étroit (phimosis et paraphimosis).

Le scrotum peut être uni par un pli cutané à la partie inférieure de la verge (palmée). Il peut présenter une fissure médiane.

Violet a signalé la fréquence, chez les aliénés d'exhibitionnistes ou à réaction sexuelles médico-légales d'insuffisances génitales innées ou acquises (déviations par hernies, cicatrices déformantes, microphа-

lies, etc...) Ces données sont confirmées par les recherches de Collin sur les anomalies fréquentes des organes génitaux chez les aliénés anciens condamnés pour attentats à la pudeur, de l'asile-prison de Gaillon.

Les anomalies apparentes des organes génitaux sont plus faciles à relever chez les aliénés hommes, mais il en ressort la nécessité impérieuse de l'examen gynécologique des aliénées femmes, pour relever les malformations innées ou acquises de cette sphère (utérus infantile, bicorne, bifide, rétrécissements ou cloisonnements vaginaux, malformations clitoridiennes, faux hermaphrodisme). Signalons enfin l'importance de l'examen somatique des organes génitaux en psychiatrie, relativement à la constatation d'objets introduits par suite d'onanisme ou d'hallucinations sexuelles contre lesquelles les malades croient se défendre. Relatons enfin pour mémoire les lésions acquises, telles que celles dues aux opérations, traumatismes, infections, masturbation, et les anomalies de sensibilité ovarienne, exagérée, diminuée ou nulle.

Pour les stigmates d'affections vénériennes, la proportion est ordinairement moins forte chez les dégénérés inférieurs où Bourneville et Sollier l'ont trouvé dans 31,97 o/o, ce qui se comprend par l'inadaptation sexuelle des sujets. Les stigmates des grossesses et d'altération organique consécutive, les anomalies acquises des annexes, (kystes, kystes dermoïdes, ovarites et salpingites), les modifications des glandes mam-

maires sont également des particularités d'une importance psychiatrique aussi grande que les stigmates congénitaux de ces mêmes sphères.

Ces particularités se réfèrent à la pathologie ordinaire, aussi nous contentons-nous de les signaler dans l'inventaire anthropologique à établir.

Chez la femme aliénée, la vulve et le vagin peuvent présenter de nombreuses anomalies congénitales. Le développement exagéré des lèvres peut simuler l'existence d'un scrotum; le volume exagéré du clitoris peut faire confondre ce dernier organe avec une verge (fausses hermaphrodites). Notons encore l'imperforation de la vulve, l'atrésie, le cloisonnement transversal du vagin, la duplicité des conduits vaginaux et utérins. Signalons enfin les anomalies de la vessie (exstrophies), du rectum, de l'utérus (imperforation, abouchement anormal, etc...

Ces anomalies, surtout celles qui ont trait au défaut de développement, s'accompagnent souvent de modifications du caractère. Certaines sont susceptibles de se transmettre, on a ainsi l'hérédité de l'hypospadias, de l'ectopie testiculaire, etc... Ces anomalies congénitales ou acquises jouent un rôle dans l'évolution de la folie. Marie a publié le cas d'une aliénée atteinte de confusion mentale à bouffées périodiques, qui présentait de l'atrésie vaginale avec absence d'utérus et d'ovaires. Cependant, ces accès délirants n'étaient pas toujours exempts de préoccupations érotiques. Il cite

aussi dans les Archives d'Anthropologie et Criminalogie de 1907 un cas de délire érotique chez un ennuque nègre de l'asile du Caire, castré vers l'âge de sept ans.

CHAPITRE V

SIGNES ANTHROPOLOGIQUES FOURNIS PAR L'EXAMEN DES MEMBRES SUPÉRIEURS ET INFÉRIEURS

Les anomalies innées ou acquises des membres et de leurs extrémités ne sont pas moins fréquentes que celles du tronc chez les aliénés. Elles consistent en déficit plus ou moins étendu en soudure de parties en nombre normal ou en développement de tissus supplémentaires réalisant des éléments composants plus volumineux ou en plus grand nombre qu'à l'état normal. On a voulu voir là des phénomènes reversifs vers des types animaux analogues (doigts soudés des marsapiaux, rattachement direct des membres-nageoires au tronc, membres de phoque, crocodiliens fossiles à palettes polyrayonnées, préhensilité du pied de singe, etc...)

Les anomalies dégénératives les plus considérables sont la soudure des membres inférieurs (symélie, syrénie), l'absence plus ou moins complète d'un membre ectromélie) l'absence totale ou partielle d'un segment périphérique (hémismélie), l'absence totale ou partiel-

le de segment intermédiaire (phocomélie). Ces monstruosités sont assez souvent rendues incompatibles avec la vie, en raison de l'existence d'autres anomalies.

Ce n'en sont pas moins de grosses manifestations dégénératrices importantes à relever dans la série pour le diagnostic des dégénérés survivants, ascendants ou collatéraux de la même série familiale. La manifestation dans la descendance est un équivalent de la stérilité finale qui éteint les dégénérescences par sélection naturelle.

Mais on peut observer des modifications compatibles avec la vie. Le volume excessif, (mégalomélie) ou la gracilité (oligomélie) des membres constituant des anomalies de développement assez fréquentes. Signalons aussi les anomalies des articulations qui affectent les surfaces articulaires, soit les ligaments, soit les tendons, et enfin les parties molles superficielles, vaisseaux, tissu cellulaire et peau.

Il peut y avoir absence de développement des membres, l'achondroplasie en est un remarquable exemple. Entre ces faits et ceux d'atrophie par arrêts de développement des membres, ou régression secondaire, voire même opératoire, toutes les variétés intermédiaires peuvent se rencontrer chez les aliénés.

Il n'est pas inutile de mesurer l'hémi-envergure comparée d'un côté à l'autre et de l'envergure totale rapportée à la stature. Il y a lieu aussi de noter les rapports mutuels d'un segment d'un même membre à un

autre, en distinguant selon les âges. Les insuffisances somatiques mensurables sont également importantes. Les anomalies relatives, congénitales ou acquises, du squelette du bras, de l'avant-bras ou de l'épaule, sont des stigmates souvent en rapport avec les désordres des centres nerveux. La main seule on l'a vu, considérée dans les rapports relatifs à ses éléments composants, présente à ce titre un intérêt clinique capital (microdactylies).

Dupré, Cruchet et Warner. s'accordent pour l'utilisation de l'inaptitude à l'extension du bras en avant, les mains ouvertes, pour le diagnostic de l'arriération ou anormalité des enfants.

Sans inaptitude aux coordinations motrices des membres supérieurs, il peut y avoir seulement ralentissement du temps d'action pouvant aller au triple et quadruple de la normale. L'écriture et le dessin en tant que projection de l'état de coordination de la main et des associations s'y référant ont en aliénation mentale une importance capitale. Babès, contrairement à l'opinion de Weaton, Dareste et Cruveilhers, considère d'après ses observations personnelles que tous les monstres portent des anomalies identiques aux quatre extrémités, qu'il s'agisse d'hexadactylie, d'éctrodactylie, de pérochirie, sont en même temps porteurs d'une anomalie de la face. Il s'agit surtout, dit-il, de bec de lièvre avec cheilognathie, palatoschisis, même aprosopie ou schistoprosopie. Un examen attentif de ces mal-

formations faciales lui a fait voir qu'elles ne sont souvent qu'une conséquence des lésions fœtales de la base du crâne, inflammatoires, spécifiques ou traumatiques.

La lésion principale semble siéger au niveau du corps pituitaire, qu'il a trouvé mal développé, kystique ou même absent. Il existerait donc dans cette région « un centre particulier en rapport intime avec les quatre extrémités, et dont le dérangement à une époque embryonnaire primitive déterminerait une transformation des quatre membres dans le sens d'un excès, d'un défaut ou d'une modification pouvant leur donner certains caractères d'une autre race ou d'une autre espèce. » Il en résulte que les anomalies visibles sont reliées entre elles par des anomalies de fibres nerveuses intercalaires et des centres nerveux également anormaux.

On a peu étudié histologiquement les nerfs périphériques et le renflement médullaire correspondant aux analogies de ce genre. « On y trouvera probablement, dit A. Marie, une lésion équivalente, jusqu'à un certain point à celle provoquée par l'amputation expérimentale ou accidentelle plus ou moins longtemps après la naissance; ces lésions antérieures seraient analogues, au moins comme siège, aux lésions centrales cérébrales et médullaires à la suite desquelles on peut observer les syndrômes acropathologiques, comme les dénomme Hutchinson.

Ce sont les divers syndrômes symétriques de Ray-

NAUD avec tous les degrés d'atténuation de leurs formes frustes ou de début, depuis l'acrosphacèle, le doigt mort et acroasphysie, l'acrosclérose, les acroarthrites, jusqu'aux acrodermatoses, acrodynies, acroanesthésies, acrodysesthésies, et..

Tous ces phénomènes peuvent s'observer chez les malades aliénés, et on doit les ranger à la suite des stigmates congénitaux, parmi les stigmates acquis, témoins périphériques des lésions centrales. La folie en est l'expression complémentaire en ce qui concerne les lésions propagées aux centres encéphaliques de l'intelligence.

Entre les stigmates congénitaux et acquis de multiples transitions intermédiaires existent. Certains idiots et imbéciles congénitaux, d'autre part, peuvent par extension et dégénération descendante secondaire de leurs lésions encéphaliques, présenter ultérieurement des lésions acquises surajoutées. Dans les altérations acquises ou anomalies de forme d'un membre comme dans celles du tronc, il peut enfin y avoir des lésions complexes ou limitées à tel ou tel ordre de tissus.

Les tissus musculaires, osseux, vasculaires, conjonctifs ou cellulaires etc., peuvent présenter ainsi séparément le maximum d'altération ou bien contribuer ensemble à l'altération commune. Parfois les anomalies peuvent porter sur un membre entier ou sur un de ses segments seulement. De là l'intérêt des mensu-

rations comparées correspondant aux indices brachio-antibrachial et tibio-crural, ou tibio-antibrachial; les membres supérieurs peuvent être trop courts ou trop longs; le deuxième cas est plus fréquent, l'envergure est alors notablement plus grande que la taille. Il peut y avoir anomalie unilatérale de ce genre avec asymétrie d'envergure congénitale ou acquise. Les mêmes disproportions s'observent dans les membres inférieurs. Lorsqu'ils sont trop courts, ils sont trapus, et l'individu a quelquefois un aspect qui rappelle celui de la paralysie pseudo-hypertrophique. Lorsqu'ils sont trop longs, l'individu prend l'aspect d'un échassier.

Les auteurs qui se sont occupés de ces proportions des membres ont surtout pris comme terme de comparaison la hauteur totale de la taille du sujet: ce terme de comparaison manque forcément lorsqu'on a affaire à des sujets dont le tronc était déformé, tassé ou insuffisant. Topinard et Paul Richer comparent la hauteur des jambes à leur équivalent qui est deux hauteurs de tête et un quart de la hauteur de l'individu. D'après Paul Richer, la hauteur des jambes se prend de l'interligne articulaire du genou au sol, elle égale deux hauteurs de tête. Pour Topinard, la hauteur de l'épine du tibia au sol est égale normalement à la longueur de l'avant-bras et de la main, de l'extrémité des doigts à l'olécrane, l'avant-bras étant fléchi à angle droit sur le bras.

Pierre Marie et Léry ont appliqué ces mensurations à l'infantilisme Pottique; voici leurs résultats:

A. Infantilisme Pottique

Tête	21	19,5	20,8	20,7	19,1
Avant-bras	46	44	43,2	41,7	44,3
Jambe	42	41	43	46,5	43,7

B. Maux de Pott non infantiles ou à infantilisme très atténué:

Tête	20	20,4	21,3	20,5	21,3	20	23,3
Avant-bras	46,5	44	47	47,5	43,5	48,5	44
Jambe	46	42,5	47	46,5	42,5	40	42

D'après ces chiffres, si l'on voulait déduire de la dimension de la tête la taille qu'auraient eu les malades s'ils n'étaient pas bossus (la tête représentant la hauteur totale), on aurait eu affaire dans la grande majorité des cas à de petits hommes ne dépassant pas 1 m. 60 à 1m. 65 et parfois n'atteignant pas cette taille.

***

Les principales modifications anthropologiques des membres supérieurs que l'on rencontre en psychiâtrie portent sur les mains. Les bras et les avants-bras peu-

vent, il est vrai, porter divers symptômes touchant les muscles, les os, les articulations, la peau, ou les vaisseaux et nerfs. Les muscles peuvent être atrophiés, du fait de paralysies infantiles ou d'atrophies musculaires progressives, ils peuvent être contracturés ou atteints de paralysies flasques. Les os peuvent présenter des anomalies de longueur (achondroplasie des déviations, des exotoses, ou des ramollissements ostéomalacique ou rachitique. Les articulations peuvent présenter des modifications déjà décrites antérieurement. Les vaisseaux peuvent présenter les signes de l'artériosclérose avec les variétés d'anévrysmes, et les nerfs peuvent être le siège de névromes. La peau enfin peut être le siège de dermatoses ou d'anomalies diverses.

Mais les signes anthropologiques les plus importants sont fournis par l'examen de la main. On connaît la main achondroplasique, courte, aux doigts épais et égaux, la main acromégalique avec ses larges proportions, la main de singe, la main en griffe des atrophies musculaires progressives, la main des syringomyéliques, fermée, aux doigts usés de panaris.

La main *idiote* présente des signes spéciaux qui la font aisément reconnaître : doigts épais et courts, peau molle et moite, absence ou à peu près des lignes de la paume. On peut observer en même temps des anomalies ou conformation polydactylie (doigts supplémentaires), syndactylie (doigts palmés), ectrodactylie (absence des doigts ou de segments des doigts), macro-

dactylie (présence d'une phalange surnuméraire au pouce), brachydactylie (absence d'une phalange, soudure de deux phalanges, brièveté d'un métacarpien, brièveté d'une ou de plusieurs phalanges).

Ces anomalies peuvent d'ailleurs se rencontrer ailleurs que dans la main idiote.

A côté d'elle, il faut signaler les anomalies de proportion qui sont très fréquentes. Les doigts sont trop longs et bien plus fréquemment encore trop courts. Mais ce qui est le plus commun encore, c'est le défaut de proportion d'un ou de plusieurs doigts.

Le plus souvent c'est le bord cubital de la main qui est en défaut, l'annulaire et le petit doigt étant trop courts par rapport au médius; ou bien le petit doigt est trop court par rapport à l'annulaire; ce défaut du petit doigt s'accentue encore si, à sa brièveté relative, s'ajoute la déformation en crochet (extension de la première phalange et flexion de la seconde). Souvent ces deux doigts sont non seulement courts, mais très grêles (oligodactylie cubitale); — plus rarement l'index est en défaut seul ou en même temps que les deux derniers doigts. Quant au pouce, il peut être trop grand par l'addition d'une phalange, mais il est souvent anormal par brièveté et surtout par le peu de développement de la phalangette.

La main-botte est aussi fréquemment rencontrée. La plupart de ces anomalies sont souvent héréditaires,

comme l'ectrodactylie et la brachydactylie, et s'observent chez plusieurs membres d'une même famille.

Il est à remarquer que ces anomalies des extrémités sont souvent symétriques, parfois communes aux quatre membres ou unilatérales, mais doubles en ce sens qu'elles peuvent s'étendre au pied et à la main du même côté; enfin, lorsqu'on les recherche dans l'ancestralité ou la descendance, on reconnaît souvent l'hérédité similaire très nette et persistante. C'est ainsi qu'un aliéné paralytique, cité par MARIE qui en possédait la radiographie d'un pied polydactyle, était né avec ce stygmate aux mêmes membres que son père et un oncle paternel qui eut lui-même quatre enfants pareillement conformés.

Les hémidystrophies brachiales et crurales congénitales ou acquises, primitives ou secondaires à des altérations des centres nerveux sont fréquentes en psychiâtrie; les unes comme les autres sont importantes à relever; elles peuvent porter sur un seul membre, ou sur les deux membres symétriques, ou bien encore sur les membres d'un seul côté du corps. Inutile d'insister ici sur les rapports étroits qui relient ces anomalies anthropométriques aux localisations morbides intra-encéphaliques, innées ou acquises.

L'empreinte digitale de la main a été utilisée pour l'étude de l'arriération mentale, tant au point de vue de ses tourbillons papillaires qu'à celui de ses proportions relatives. L'aspect des muscles et des tissus con-

jonctifs de la main ainsi que la peau et l'état circulatoire (couleur, température, moiteur, etc...) présente aussi une grande importance neuro-biologique.

La plupart des anomalies de la main sont nettement héréditaires.

Pigeaux a observé une famille où sur 7 enfants, 4 filles n'avaient que 4 doigts aux deux mains alors que les fils en possédaient 6.

Fotterby a pu établir une généalogie de 5 générations successives où 25 individus présentaient des doigts de moins aux 4 membres.

Ogle a observé chez une hystérique l'absence des deux premières phalanges à plusieurs doigts, difformité qui existait sur les membres de trois générations de la famille.

Mercier a signalé un cas d'absence héréditaire d'une phalange aux doigts et aux orteils.

Barker a vu des doigts palmés dans 4 générations successives.

Lucas rapporte l'histoire d'une famille de dégénérés dont 24 membres sur 80 étaient atteints de polydactylie.

Cette tendance héréditaire indique bien la nature dégénérative de ces anomalies.

Les symptômes anthropologiques relevés aux membres inférieurs sont de même nature que ceux observés aux membres supérieurs : paraplégies, hémiplégies, laissant de la flaccidité musculaire, de la contracture,

de l'atrophie, troubles survenus dans le développement des os par différence (achondroplasies), excès, (acromégalie géante, exostoses), ou déviation, (rachitique, ostéomalacique, tibia en lames de sabre) ; troubles articulaires, troubles cutanés, etc...

Le pied offre les symptômes les plus importants. D'abord on peut rencontrer toutes les variétés de pieds-bots (varus, valgus, talus, équin et complexes). A leur sujet il semble bien y avoir existence de lésions périphériques et médulaires, quand ces dernières ne seraient que secondaires et consécutives à l'importance, par analogie avec les cas d'amputations congénitales ou acquises. Ce qui est certain, c'est que le pied-bot coïncide souvent avec d'autres stigmates de dégénérescence; ADAMS, BANER, VON AMMON ont rapporté des cas de pieds-bots coïncidant avec l'arrêt de développement ou l'atrophie de la rotule et avec la polydactylie. Dans le cas de BLIN, la déviation des extrémités coïncidait avec l'absence des muscles, l'absence ou la soudure d'os. RINGHOFFER a observé la coïncidence du pied bot avec l'ectrodactylie et l'imperforation de l'anus et de la verge. L'absence congénitale de la rotule a également été signalée par BILHAULT. Le pied plat, plus fréquent chez les dégénérés que chez les sujets normaux, mérite également d'être signalé comme stigmate.

Le pied-bot est souvent héréditaire. LITTLE a opéré le pied-bot sur trois générations successives.

Comme celles du membre supérieur, les anomalies congénitales ou acquises des membres inférieurs, sous le rapport anatomique ou fonctionnel, se traduisait donc à l'œil par des malformations et des asymétries, que les mensurations anthropologiques permettent de préciser comme siège, comme étendue et comme signification au point de vue du stade de l'évolution auquel ils correspondent; l'organisme, pour le côté physique aussi bien que mental, peut rester attardé à une phase que ces particularités de mesure ont parfois contribué à déterminer comme date et comme importance.

L'anomalie de conformation des membres inférieurs peut, comme aux membres supérieurs, siéger ou prédominer tantôt dans le squelette, tantôt dans la musculature ou bien dans les tissus conjonctifs, vaisseaux et nerfs.

Au point de vue psychiatrique, la marche constitue souvent chez les malades mentaux une pierre de touche de l'état des membres inférieurs. Les claudications variées peuvent manifester des arrêts de développement des lésions diverses acquises qui rentrent dans le cadre de la pathologie générale.

D'autres particularités se rattachent plus spécialement à des troubles intellectuels et constituent de véritables attitudes vicieuses actives et stéréotypées dans leur mécanisme; telles sont l'allure traînante, ralentie (dépression), ou, au contraire, désordonnée et

heurtée (maniaques). La marche inadaptée de certains paralytiques, les titubations intermittentes, la marche en recul, latérale, en équinisme ou talonnée, etc...

Le demi-tour les yeux ouverts ou fermés, les attitudes en équilibre instable, le saut, etc.., peuvent mettre en lumière ces insuffisances des membres inférieurs. L'enregistrement du pas peut aussi, en psychiatrie, par l'empreinte plantaire, offrir un intérêt clinique.

CHAPITRE VI

SIGNES ANTHROPOLOGIQUES FOURNIS PAR L'EXAMEN DE LA TÊTE

Ceci est assurément le chapitre le plus important de notre ouvrage, car les signes anthropologiques observés chez les aliénés sont plus fréquemment anormaux sur la tête, (face et crâne) que partout ailleurs. La face révèle l'expression des troubles cérébraux. Le crâne contient le cerveau. Nous ne saurions donc nous étonner de les retrouver plus particulièrement et fréquemment anormaux chez les aliénés.

Qu'on n'aille pas croire que les anomalies de la tête soient pour cela spéciales et distinctes de celles du reste du corps.

Apert a proposé le nom d'acrocéphalosyndactylie pour désigner un type tératologique compatible avec l'existence et caractérisé par la coéxistance des particularités suivantes: 1° facies vertical à front olympien démesurément exagéré, surtout à la région frontale supérieure, avec crâne tout en hauteur, aplati en ar-

rière et parfois aussi sur les côtés; 2° syndactylie des quatre extrémités.

Dans 9 cas de ce type tératologique complexe, APERT a pu constater les déformations de la tête et des extrémités, de même sens et presque identiques, sauf des différences d'intensité.

On trouve d'autre part des observations détaillées de malformations si identiques qu'on pourrait croire qu'il s'agit des mêmes sujets n'étaient les différences d'âge, de sexe et de lieu. Ce sont les cas de TROQUART, de BÉNO, de GALIPPE et MAGNAN, de WHEATON (deux cas), de DUBRISAY, de MAYGRIER, d'EDMOND FOURNIER, de CAMUS.

Le crâne se présente de la façon suivante: il est aplati sur sa face postérieure de telle sorte que la saillie de l'occiput n'existe plus et est remplacée par un méplat qui se trouve sur le même plan que la face postérieure du cou. L'écaille de l'occipital est plane et verticale, ce n'est qu'au-delà de la fontanelle postérieure que le contour du crâne s'incline en avant, tout en continuant à le diriger en haut. La partie la plus élevée du crâne, répondant à la fontanelle antérieure, se trouve presque sur le même plan vertical que le front et la face.

Les régions latérales du crâne n'ont parfois d'autre déformation que celle qu'entraîne forcément le déplacement des écailles frontale et occipitale. Parfois elles sont elles-mêmes très déprimées et dans le cas de FOUR-

NIER la photographie jointe à l'observation montre une dépression considérable de la région latérale du front faisant saillir d'autant plus le cimier médio-frontal.

La face est plus ou moins atteinte; les maxillaires sont atrésiées, les bords alvéolaires droit et gauche tout rapprochés l'un de l'autre et peuvent être soudés dans leur partie antérieure, la luette peut être divisée sur toute son étendue, les dents, mal placées, les incisives antérieures se regardant par leur face linguale; chez le sujet de GALLIPE et MAGNAN les premières molaires et l'incisive latérale droite sont repoussées en dedans de la ligne d'insertion des autres dents, presque jusqu'à la ligne médiane.

Les os propre du nez sont déprimés et le nez est ensellé. Les yeux sont saillants.

Les mains sont atteintes de syndactylie portant au moins sur les quatre doigts internes réunis en une seule masse; l'union est plus intense à l'extrémité des doigts. Le plus souvent les trois ongles des doigts médiaux sont fusionnés en un seul; parfois même l'angle du petit doigt est englobé dans un énorme ongle quadruple, la paume de la main est immobilisée en demi-flexion et la forme de la main est comparée à celle d'une cuiller. Le pouce n'est ordinairement pas aussi complètement fusionné mais il est souvent immobilisé, plus ou moins soudé, dirigé transversalement.

Au pied, les cinq orteils sont parfois soudés ensemble jusqu'à leurs extrémités; les ongles se touchant

par leur bord et l'on dirait un seul ongle divisé en cinq parties par quatre sillons. D'autres fois le gros orteil est libre, quatre orteils seulement étant soudés.

Mais d'autres cas d'anomalies tératologiques multiples peuvent se rencontrer dans les asiles d'aliénés. D'abord les aliénées femmes accouchent souvent de fœtus difformes, anencéphales monstres doubles, cyclopes, etc... présentant des anomalies corporelles multiples.

Puis, sans moins de systématisation, toutes les anomalies de la face peuvent coïncider avec des anomalies quelconques d'autres parties du corps.

L'asymétrie faciale doit d'abord nous retenir. Nous n'insisterons pas sur celle des dégénérés, devant plus tard parler de leur asymétrie crânienne.

Clauss a mesuré sur cent vingt épileptiques la longueur simple de la face (ligne ophryalvéolaire) et la largeur bizygomatique. Si l'on considère les zigomes comme exagérés à partir de 134, l'exagération dans ces cas existait 24,9 fois sur 100 la moyenne de la longueur bizogomatique paraît, chez les dégénérés, inférieure à celle de l'homme normal, mais elle est supérieure chez les criminels dans 34 0/0 des cas selon Lombroso.

Des considérations analogues semblent résulter des recherches relatives à la longueur simple de la face et à l'indice facial. On peut observer l'asymétrie apparente de la face par déviation du nez à droite ou à gau-

che. Dans la plupart des cas, on constate des déviations de ce genre chez les épileptiques, qu'elles soient congénitales ou acquises au cours des chutes.

On peut constater encore des irrégularités dans la direction et la forme des ailes du nez : enfin, des anomalies nasales acquises peuvent tenir à des effondrements en lorgnette. Des aliénés sans asymétrie de la face peuvent présenter cependant des anomalies de conformation par soudure ou dédoublement de certaines pièces osseuses, parois orbitaires en particulier, zygomes et os nasaux, etc—

L'asymétrie crano-faciale a été constatée depuis longtemps comme signe de dégénérescence, bien que des auteurs aient affirmé que l'asymétrie cranienne étant normalement la règle : « Cette affirmation dit Bénédict, n'est pas conforme à la réalité. L'étude cathétométrique exacte démontre, au point de nous confondre, la scrupuleuse symérie que la nature a observée en fixant certains points, leurs situations respectives, les dimensions linéaires qui les séparent ».

L'angle facial est très important à relever. Dès 1810 Dumas de Montpellier, a constaté l'infériorité de l'angle facial des aliénés épileptiques. Cette remarque a également été faite par Clauss qui sur 66 aliénés épileptiques relève une moyenne de 70 0/0 (au lieu de 77° 4, moyenne prise par Bertillon sur 35 chasseurs à pied et de 81° 5, par le même auteur sur divers hommes appartenant à des professions libérales.

Quoique prises par un procédé différent (procédé de Huschke et Luys), les mesures trouvées sur les 1.500 aliénés de Villejuif n'en sont pas moins caractéristiques.

	Minimum	Moyenne	Maximum
Confus vésanique	52	60	75
Epileptiques	50	60	73
Déments précoces	54	61	71
Déments séniles et paralytiques	50	62	75
Idiots imbéciles	45	58	69
Dégénérés	50	60	75
Délire toxique	47	59	71

***

Les anomalies visibles des sens spéciaux sont liées à la question des malformations faciales.

Du côté de l'oreille on rencontre diverses anomalies. On peut rencontrer l'absence du pavillon de l'oreille avec ou sans malformations de l'oreille moyenne ou interne. Beaucoup plus fréquente est l'absence d'une partie seulement de l'oreille, le plus souvent le lobule s'élève ou adhère. Le volume de l'oreille peut être exagéré ou diminué; sa direction anormale; au lieu d'être implantée droite, elle peut être oblique ou affecter la disposition en anse en s'écartant du crâne.

Les anomalies les plus nombreuses portent sur la

conformation de la conque. La racine de l'hélix peut être saillante et s'unir en se bifurquant soit à l'anthélix soit à l'antitragus; divisant alors la conque en deux cavités secondaires. D'autres fois l'hélix n'existe que dans sa partie ascendante, l'ourlet du pavillon manque, la fossette scaphoïde est plus ou moins complètement effacée. L'oreille sans ourlet peut atteindre des proportions excessives et son extrémité retomber en dehors comme une oreille de chien. On peut voir l'hélix exagérément développée recouvrir la fossette scaphoïde et la branche postérieure de la fourche formée par l'anthélix. Quelquefois l'hélix se soude à l'anthélix à sa partie inférieure.

Le tubercule de DARWIN peut être considéré aussi bien comme une dentelure trahissant une irrégularité de développement que comme une forme atavique. Chez l'homme, ce tubercule varie considérablement de position sur le bord postéro-supérieur de l'hélix: il est rare qu'il donne à l'hélix une forme rappelant l'oreille en pointe des mammifères et des singes. SCHWALBE admet qu'on rencontre cette disposition chez le fœtus de 4 à 7 mois.

L'anthélix peut être effacé ou former une saillie exagérée qui dépasse celle de l'hélix. Une des branches de sa fourche peut manquer ou être dédoublée. Le tragus présente des anomalies de direction et de volume: il est renversé au dehors et en avant, quelquefois il est double. L'antitragus peut se renverser

en bas, le bord inférieur de la trompe est alors uniformément arrondi.

Toutes ces anomalies modifient à la foi la forme du conduit auditif et la cavité de la conque. Quand la conque est profonde, le pavillon peu développé, l'oreille prend la forme d'un cornet. Le lobule peut être absent ou présenter un grand nombre d'anomalies de forme et de volume. Il peut se continuer avec l'hélix et en être indistinct; au lieu d'être séparé de la joue, il peut être adhérent ou sessile, ou relié à la joue par une palmure de la peau plus ou moins mince.

A côté des malformations du pavillon de l'oreille, il faut citer les fistules auriculaires congénitales qui existent le plus souvent sur la partie ascendante de l'hélix, mais qu'on peut voir sur le lobule, et qui répondent aux incisures qui séparent les bourgeons concourant à la formation du pavillon.

On désigne sous le nom d'oreilles supplémentaires de petites tumeurs cartilagino-fibreuses qui se voient en avant du tragus et qui se rattachent à l'évolution branchiale; elles sont analogues aux tumeurs et fisures branchiales de la région cervicale.

Certains auteurs ont prétendu qu'il y a un rapport entre l'évolution du cerveau et celle du pavillon. Les anomalies du pavillon caractériseraient les anomalies du cerveau. « Il est prudent, dit Clauss, de considérer ces anomalies si variées et si capricieuses du pavillon de l'oreille comme des particularités, qu'il est le

plus souvent impossible de synthétiser dans des lois bien définies. Les grands écarts seuls peuvent être considérés comme des stigmates de dégénérescence.

Y a-t-il une oreille criminelle? Lombroso le prétend. Mais nombre d'auteurs n'admettent pas qu'il y ait un type d'oreille spécial aux criminels et aux aliénés dégénérés, tandis que l'oreille en anse figurerait pour la moitié chez les voleurs ordinaires, pour les 4/5 chez les violateurs, et pour 1/4 seulement chez les voleurs de grands chemins. Frigerio signale aussi parmi les criminels hommes une proportion d'oreille en anse de 30 o/o chez les voleurs et faussaires, de 43 o/o chez les voleurs de grands chemins, de 77 o/o chez les violateurs et de 88 o/o chez les incendiaires.

La situation respective de l'hélix est de l'anthélix, pour la partie où l'anthélix se justapose à l'hélix différerait, selon Pailhas, tantôt le premier débordant au dehors, ou réciproquement au lieu de l'exacte superposition verticale de l'hélix rétracté vers la paroi mastoïdienne. La saillie extérieure de l'anthélix — oreille féminine — témoignerait d'une nature excitable, nerveuse (caractère vif), tandis que, au contraire, le débordement prononcé de l'hélix sur l'anthélix indiquerait une nature inverse. On a décrit l'oreille *hommasse*, dénotant une rudesse virile pouvant s'observer d'ailleurs chez la femme comme anomalie à rapprocher des caractères anthropologiques du masculinisme.

Chez l'homme, dit PAILHAS, le grand développement du pavillon, surtout dans son diamètre longitudinal, indiquerait le courage, la fierté, la hardiesse, la volonté, etc..., la tendance à l'exagération de la personnalité (fréquence relative des grandes oreilles chez les vrais mégalomanes).

L'état anatomique des organes profonds de l'oreille chez les idiots peut fournir encore à l'examen direct des données intéressantes. L'examen de la membrane tympanique peut déceler une affection de l'oreille moyenne (sclérose, catarrhe, suppurations, etc...). L'examen du conduit auditif externe et de la trompe d'Eustache peut déceler une atrésie plus ou moins complète de ces canaux qui est directement liée à l'arrêt de développement des parois oiseuses.

***

L'étude des stigmates visuels innés ou acquis chez les dégénérés et aliénés, embrasse deux points de vue distincts, comme pour l'audition; un point de vue anatomique et un point de vue physiologique ou fonctionnel.

Au point de vue anatomique, les malformations visuelles se rencontrent souvent ici: kystes congénitaux de la queue du sourcil; paupières absentes ou divisées adhérentes entre elles ou au globe oculaire, déviées dans leur bord libre: (ectropion, entropion, trichiasis

dystrichiasis) ; existence d'une bride cutanée (épicanthus) qui recouvre l'angle externe de l'ouverture palpébrale donnant à la physionomie un caractère mongolique.

Les signes de SHELLWAG et de GRŒFE sont dus à ce que la paupière supérieure présente une rétraction permanente qui laisse à découvert la sclérotique au-dessus de la cornée et une absence de synergie du mouvement d'abaissement de la paupière supérieure et du globe de l'œil qu'exagère la mise à nu de la sclérotique au-dessus de la cornée. Il faut citer aussi le strabisme (absence correspondante de l'idée de relief chez certains idiots). Il peut être paralytique, lié alors à la sclérose des noyaux gris centraux. Le plus souvent il est fonctionnel, lié à l'état de la réfraction ; le strabisme divergent est le plus fréquent et généralement en rapport avec l'hypermétropie.

La conjonctive présente quelquefois un repli à l'angle interne qui rappelle la membrane clignotante des oiseaux. On y observe également des kyste dermoïdes et des tumeurs érectiles.

Le globe de l'œil peut être exagéré, diminué ou asymétrique. L'anophtalmie est peu fréquente, la microphtalmie l'est davantage. La cornée présente des anomalies de direction et de courbure. L'astygmatisme est fréquent. L'arc sénil, le gérontonox précoce, coïncidant avec de l'aplasie artérielle. L'hypermétropie est le vice de réfraction le plus fréquent chez les

idiots et les imbéciles (Schleich). La myopie se rencontre également,ainsi que l'amsométropie. Aux strabismes se joint souvent chez les idiots une amblyopie secondaire; ils peuvent aussi présenter des insuffisances musculaires et du nystagmus.

L'iris peut faire défaut (aniridie), être divisé, (colomboma irien). Citons encore l'imperforation, la persistance de la membrane hyaloïde, l'irrégularité de la pupille, sa situation anormale, les ouvertures multiples, l'asymétrie du diamètre de la pupille, l'asymétrie de coloration, la coloration inégale, l'albinisme partiel.

Picqué décrit chez l'idiot les formes les plus variées de dyscorie, de polycorie, d'acorie, etc... L'ouverture ovalaire de la pupille et son inégalité congénitale sont rangées parmi les stigmates physiques de dégénérescence, ainsi que la cataracte congénitale. Allarie en cite un exemple chez un père et ses cinq enfants.

Les milieux transparents peuvent déceler à l'examen des corps flottants. Le fond de l'œil présente aussi des anomalies papillaires (vaisseaux déjetés en dehors, en haut, papilles ovales, fibres à double contour). On y peut rencontrer des pigmentations (rétinite pigmentaire), l'atrophie choroïdienne et papillaire, l'œdème papillaire et péripapillaire, en relation avec des troubles fonctionnels et des lésions centrales variées. Marie cite un cas d'amblyopie toxique chez

un alcoolique imbécile. Enfin le fond de l'œil peut présenter un colomboma profond en relation possible avec le colomboma irien.

A la myopie rare se relient les staphylômes postérieurs. Le staphylome antérieur peut s'observer ainsi que la microphtalmie. Toutes ces lésions peuvent être des malformations locales, n'ayant que la valeur de stigmates physiques ordinaires, ou être liées à des lésions centrales (telles sont les atrophies choroïdiennes unilatérales liées à l'asymétrie cranio-faciale). On peut, d'autre part, relever des stymates oculaires acquis témoins d'affections diverses ou de traumatismes, en rapport possible avec des désordres cérébraux.

Les lésions centrales sont multiples et complexes. On peut, au point de vue spécial de la vision, distinguer certaines lésions limitées aux lobes occipitaux (pseudo-porencéphalie occipitale de KUNDRAT). MONAKOW et REINHARDT ont décrit des cerveaux d'idiots, avec la lésion localisée des lobes occipitaux. KOLLIKER a lui-même indiqué une correspondance entre certaines atrophies et les arrêts de développement de la vésicule optique.

Les perceptions acquises sont comme des conclusions que nous tirons de nos perceptions primitives par associations et expériences. L'éducation de l'œil chez l'idiot ou l'imbécile peut être comparée à celle de l'enfant ou de l'opéré de cataracte congénitale, avec cette différence que nos malades s'immobilisent

au stade des perceptions naissantes. L'idiot ou l'imbécile, qui se contente de conclure, d'après l'impression exacte fournie par l'œil, connaît mal les distances et grandeurs relatives. Ils restent dans l'enfance de leurs sensations visuelles. Cela tient plus aux lésions cérébrales qu'aux lésions oculaires. Munck et Monakow ont démontré l'existence de centres visuels psychiques dans les lobes occipitaux.

Tamburini et Luciani ont noté la brachycéphalie occipitale correspondant aux troubles sensitivo-sensoriels. Bénédikt, sur des faits anatomo-cliniques, a établi les caractères cranioplastiques de la cécité congénitale (aplasie occipitale) A. Marie et Bonnet confirment la fréquence chez les dégénérés inférieurs des troubles de la vision conjointement à la brachycéphalie, microcéphalie, et à l'insuffisance des circonférences et capacités crâniennes.

***

La bouche et ses dépendances sont, plus que toute autre partie de la face, le siège de malformations, d'anomalies et de lésions qui sont intéressantes à connaître pour l'aliéniste. Il y en a d'acquis et d'autres qui sont congénitaux.

Ces derniers sont d'autant plus importants qu'ils sont faciles à voir et à étudier. Ils frappent tellement la vue qu'avant même que des études fussent entrepri-

ses sur l'anthropologie morbide, il existait pour les artistes, peintres et sculpteurs, un type de criminels et d'idiots ayant toujours un prognatisme considérable de la mâchoire inférieure avec, souvent une implantation vicieuse des dents, qui contribuait à donner un cachet de bestialité à la tête de leurs personnages.

Toutes les parties de la bouche peuvent être le siège d'anomalies et de lésions diverses qui sont le plus souvent l'indice d'un trouble dans l'évolution, d'un vice de constitution, d'un retentissement local de l'état général du système nerveux. Le prognatisme de la mâchoire inférieure a été considéré par LOMBROSO comme une des caractéristiques principales du type criminel; on le rencontre très fréquemment chez les idiots. C'est en partie par la présence du prognathisme inférieur des Habsbourg que GALLIPE s'est basé pour montrer la dégénérescence de cette famille. Le prognathisme supérieur est susceptible également de présenter des malformations sans que le maxillaire inférieur soit atteint d'atrésie ou présente une dimension anormale. On rencontre plus rarement il est vrai la proéminence de deux maxillaires rappelant l'aspect des mandibules de chimpanzés.

Du côté des mâchoires on peut donc trouver: mâchoire inférieure:

une augmentation de volume (MANOUVRIER);

une diminution de volume;

l'existence de l'apophyse lémurienne d'ALBRECHT;

mâchoire supérieure:

l'atrésie du maxillaire inférieur, avec ou sans coïncidence de végétations adénoïdes et d'une atrésie comparable du maxillaire inférieur;

le prognathisme de la mâchoire supérieure.

Du côté des lèvres on peut noter:

leur raccourcissement exagéré, l'ectrophie de la lèvre supérieure, le phymosis labial, l'atrésie congénitale incomplète, l'ectropion de la lèvre inférieure;

le bec de lièvre, très fréquent chez les dégénérés, qu'il soit unilatéral, simple ou double, avec ou sans malformations corollaires du palais, de la mâchoire inférieure et des fosses nasales; le bec de lièvre comissural ou génien; le bec de lièvre inférieur, très rare avec (PARISE) ou sans division du maxillaire inférieur.

Les anomalies de la voûte palatine portent sur:

sa forme: palais ogival, palais neurotique, *shaped-maxillar* ou palais ultra ogival.

(Si le palais ogival peut être dû à un trouble profond de l'évolution comme dans le bec de lièvre, par exemple, il est fréquemment dû aux végétations adénoïdes. En effet, normalement lorsque l'individu respire facilement par le nez, la langue, pendant que la bouche est fermée, s'appuie contre la voûte palatine en même temps qu'elle agit sur la mâchoire inférieure. En croissant, elle écarte à la fois les arcades dentaires et les mâchoires contribuant à leur développement nor-

mal. Au contraire, chez l'adénoïdien qui respire constamment par la bouche, la compression à la fois des muscles, des lèvres et des joues empêche l'élargissement des maxillaires et cela d'autant plus facilement que dans la respiration buccale la langue se place en retrait) (Pietkiéwicks) ;

l'existence de la saillie de la suture médiane.

les anomalies corollaires au développement du bec de lièvre.

Au voile du palais on observe, soit sa division incomplète (bifidité) soit sa division complète avec ou sans division consécutive de la voûte palatine, soit son absence ou l'absence de la luette, soit son adhérence anormale au pharynx (J. Paul), soit des perforations congénitales ou acquises.

A la langue, les anomalies peuvent consister en une diminution de son volume (microglossie) ou son absence ; son augmentation de volume (macroglossie) pouvant entraîner des malformations des maxillaires, des dents ; sa bifidité (Parise) coïncidant ou non avec un bec de lièvre et parfois remplacée par une fissure médiane de sa face supérieure ; son adhérence en un point quelconque de la cavité buccale (ankyloglosse) rarement à la voûte palatine, plus fréquente à la face inférieure complètes (Bouisson) ou incomplètes par brièveté du filet ; sa préhensivité (langue préhensive).

La langue peut présenter d'autres anomalies de sa surface qui peut être fendillée et crevassée (langue

scrotale de Marro) de coloration anormale (langue noire, langue cornée) enfin présenter des altérations acquises (syphilis des P. G, automutilations, morsûres des épileptiques, etc.

Avec ou sans lésion apparente des organes de la parole, rien n'est plus fréquent que de rencontrer chez les aliénés des troubles de langage, congénitaux ou acquis; en ne parlant que des premiers, signalons la fréquence de la blésité, le bégayement, même des modifications plus effacées comme la parole lente, lourde, empâtée, le langage traînant, embarrassé; d'autres fois la parole peut être hachée, saccadée ou, au contraire, monotone et incolore. Ces troubles sont liés, pour la plupart, non à des anomalies de structure des organes, mais à des lésions ou des altérations des centres nerveux. Sommer a particulièrement étudié ces divers troubles par la méthode des phonogrammes comparés applicables d'ailleurs aussi bien aux troubles acquis du langage qu'aux troubles congénitaux.

Du côté des gencives, on peut trouver l'hyperthrophie, d'origine inflammatoire chronique (Cruet) très fréquente chez les idiots et coïncidant souvent avec des végétations adénoïdes.

Les dents sont très fréquemment atteintes chez les aliénés. Malformations, anomalies, caries s'y rencontrent à l'envie. Toutefois chez les idiots et dégénérés en bonne santé, la carie fait ordinairement défaut.

Marie et Pickiéwicks désignent sous le nom de

bruxomanie la manie de grincement des dents que l'on rencontre chez nombre de malades présentant des lésions ou des altérations définitives ou passagères du système nerveux central. Ils voient dans la bruxomanie un syndrôme qui leur semble en rapport avec une participation des sphères corticales ou sous-corticales, conjointement parfois, avec des lésions bulbaires ou protubérentielles. Le grincement des dents se rencontre dans presque toutes les maladies chroniques à durée plus ou moins longue dans lesquelles il y a des altérations ou des lésions définitives ou passagères, même de simples congestions atteignant le pied de la circonvolution frontale ascendante, les fibres blanches qui en émanent, ou bien le centre masticateur lui-même, situé dans la partie latérale de la calotte protubérentielle et du côté interne du tubercule quadrijumeau antérieur. On l'observe surtout chez les P. G., à la 3e période de l'hémiplégie spasmodique de l'enfance; chez certains déments; chez les épileptiques et choréiques; dans la maladie de Little, etc. Il est presque toujours lié à des troubles divers de la parole, anarthrie, aphasie, passagère ou définitive et à une monoplégie. Quand ce grincement de dents dure pendant des mois ou même des années, il détermine des lésions caractéristiques du système dentaire. Toutes les dents sont usées comme à la meule, plates, sans aucune saillie; les dents de devant surtout sont usées quelquefois jusqu'au niveau de la gen-

cive. Cette usure des dents ne doit pas être confondue avec des édentations par dystrophie ou par rumination morbide.

Les anomalies dentaires que l'on peut trouver chez les aliénés sont très nombreuses : anomalies de forme et de volume de la couronne et des racines ; anomalies de siège constituant la transposition des dents ; anomalies de l'éruption, éruption précoce ou tardive des dents définitives et en particulier de la dent de sagesse ; anomalies de nombre : certaines dents et en particulier les canines n'apparaissent jamais, ou, au contraire, des dents surnuméraires affectant toujours le type conoïde existant en supplément ; anomalies de disposition des dents qui peuvent se souder ensemble.

Case classe les irrégularités dento-faciales que l'on peut rencontrer chez les dégénérés en dix classes :

1° protusion totale des dents antérieures du haut et du bas par rapport au menton et au reste de la joue.

2° Rétrusion totale des dents antérieures du haut et du bas ;

3° Protusion des dents supérieures ;

4° Rétrusion des dents supérieures ;

5° Protusion supérieure non seulement de la couronne des dents du haut, mais de leurs racines et des procès alvéolaires.

6° Rétrusion supérieure comprenant 3 subdivisions : a. arcade supérieure, normale, mais placée trop postérieurement ; b., le maxillaire supérieur n'étant pas dé-

veloppé, les dents supérieures chevauchant les unes sur les autres et sont en rétrusion ; c., le procès alvéolaire de l'os intermaxillaire est incomplètement développé.

7° Protusion supérieure avec rétrusion inférieure.

8° Rétrusion supérieure avec protusion inférieure.

9° Protusion des racines, du procès alvéolaire et de l'os intermaxillaire de la mâchoire supérieure avec inclinaison en arrière de la couronne des dents.

10° Rétrusion des racines, du procès alvéolaire et de l'os de la mâchoire supérieure et inclinaison en avant de la couronne de ces dents.

Les anomalies de structure des tissus même de la dent sont fréquents chez les dégénérés, surtout chez les idiots. Le type de ces anomalies est l'érosion dentaire. La forme des altérations des dents atteintes d'érosions est très variable.

La dent d'Hutchinson est petite, elle est souvent arrondie, son bord libre est échancré, cette échancrure est large, peu profonde, quelquefois remplacé par des dentelures en forme de scie, au lieu d'être claire, la dent altérée présente une coloration d'un noir sale, elle est dépolie et rugueuse. D'autres fois la couronne est partagée en étages par des sillons horizontaux ou bien l'érosion se présente en nappe frappant toute la moitié d'une dent dans toute sa périphérie. L'érosion peut être en « gâteau de miel » rongeant la face triturante des molaires. Elle peut encore se présenter sous la

forme de sillons parallèles et perpendiculaires à la dent. Quelle que soit sa forme, elle est toujours la signature d'un arrêt de développement plus ou moins prolongé sous l'influence d'une cause pathologique. On n'admet plus qu'elle soit due uniquement à la syphilis (HUTCHINSON), aux convulsions (MAGITOT), au rachitisme et à la scrofule (PARROT), mais bien à toutes les affections que peuvent atteindre l'œuf pendant ses premières années jusqu'à la période de calcification des follicules dentaires.

Signalons enfin une dystrophie dentaire récemment décrite par CAPDEPONT, dont le signe principal est la vulnérabilité caractérisée par l'usure de la partie libre de la dent affectant tous les degrés, depuis le simple effacement d'une cuspide jusqu'à la disparition totale de la couronne et le nivellement de cette dernière avec la gencive. Les deux dentitions aussi bien la temporaire que la définitive sont également frappées.

***

Le crâne

L'étude anthropologique du crâne est tout ce qu'il y a de plus utile chez les aliénés. A ses malformations correspondent presque toujours des malformations se-

condaires du cerveau et se traduisent par des troubles mentaux.

Les procédés de mensuration du crâne sont le stéréomètre de Broca, qui comporte l'examen post mortem, et le céphalomètre d'Antelme.

Sur les 1.500 malades de l'asile de Villejuif, nous avons recueilli les circonférences crâniennes :

	Minimum	Moyenne	Maximum
Confus et épileptiques	51	55	58
Vésaniques	51	55	59
Paralytiques	51	55	60
Déments séniles et organiques	52	55	59
Idiots, imbéciles	47	53	58
Dégénérés	50	55	59
Délires toxiques	52	55,5	60

Ces moyennes sont intéressantes, elles montrent surtout la microcéphalie relative des dégénérés les plus inférieurs.

La microcéphalie se présente sous différentes formes, elle est en général produite par un arrêt de développement en masse portant sur le cerveau et sur le crâne; la synostose prématurée des sutures est rare, et l'hypothèse du développement cérébral, entravé de ce fait, semble bien infirmée par les travaux de Bourneville et l'insuccès des craniotomies tentées pour remédier à des synostoses primitives supposées.

La macrocéphalée peut être réalisée par l'hydrocéphalie, mais elle est le plus souvent la conséquence d'un trouble d'évolution portant en même temps sur tous les os.

La plagiocéphalie, que GUÉNIOT dit être produite par le décubitus latéral excessif est surtout favorisé comme le fait remarquer PARROT par un retard de l'évolution des sutures.

La scaphocéphalie est due à la suture prématurée de la suture sagittale.

L'acrocéphalie est due à la synostose prématurée des deux coronales et de la sagittale.

La trigonocéphalie est due à la synostose prématurée, quelquefois congénitale, de la suture métopique.

La forme du crâne chez les aliénés doit être considérée également sous le rapport de leur pays de naissance, des modifications techniques pouvant être notées, ainsi qu'il en ressort du tableau que dresse SERGÉ des variations morphologiques du crâne:

1° Crâne éllipsoïde;
2° — pentagonoïde;
3° — rhomboïde;
4° — ovoïde;
5° — sphénoïde;
6° — sphéroïde;
7° — byrsoïde;
8° — parallélipipédoïde;

9° — cylindroïde;
10° — cuboïde;
11° — trapézoïde;
12° — acmonoïde;
13° — scaphoïde ou lophocéphale;
14° — chomatocéphale;
15° — plabycéphale;
16° — scopeloïde.

Voici quelles sont les formes crâniennes observées le plus souvent par les auteurs chez les aliénés:

Lagriffe donne 46 0/0 de brachycéphalie chez les aliénés de toute nature;

Marie et Viollet ont observé sur 200 parisiens aliénés:

	Brachicéph.	Nasatic.	Dolych.
Idiots, débiles et épileptiques	13	13	29
Démence précoce, vésanies, délires toxiques	29	13	13
Paralysie générale	31	13	17
Démence organique et sénile	17	5	7

Bénédikt note les crânes très longs et étroits chez les criminels, les épileptiques et les aliénés.

Clauss dit que la petitesse du secteur crânien mé-

diane, quand elle est très marquée, est une lésion caractéristique de la folie épileptique.

Foville attire l'attention sur les déformations acquises du crâne sous l'influence de coiffures particulières à certains pays (déformation limousine).

Marie et Piqué font ressortir l'importance qu'ont les traumatismes crâniens sur l'évolution ultérieure des troubles mentaux.

Lombroso et d'autres auteurs ont attiré l'attention sur l'énorme développement des tissus, surtout les frontaux, chez les criminels.

Il résulte des mensurations du Docteur Peli, pratiquées sur 670 aliénés, que les difformités crâniennes qui n'existent que dans 12,5 0/0 chez les sujets raisonnables, sont de 42,7 0/0 chez les aliénés quelconques, de 64,3 0/0 chez les héréditaires, et de 88,5 0/0 chez les aliénés héréditaires spécialement.

L'appréciation exacte des asymétries crânio-faciales est délicate à fixer en raison de la complexité des mesures. La méthode de Bénédikt y répond, mais n'est pas entrée dans la pratique psychiâtrique à cause de la difficulté de maniement de l'appareil et des calculs multiples que son emploi comporte.

CONCLUSION

La psychiâtrie pour s'affirmer de plus en plus définitivement comme science exacte, faisant partie de l'ensemble de la pathologie humaine, doit chercher tous les moyens de s'approprier les connaissances utiles à ce but. L'anthropologie est, parmi elles, au premier rang.

Les travaux des auteurs à ce sujet sont dès à présent nombreux. On ne pouvait, sans les remarquer, les étudier et les classer, rencontrer des modifications anthropologiques chez les aliénés.

Ces modifications portent sur la taille en général, le tronc, les organes génitaux, les membres, la face, le crâne.

Elles sont assez souvent associées entre elles; elles peuvent être séparées. Mais les anomalies peu marquées et peu nombreuses ne sauraient être, de peur d'exagération, considérées comme signes de dégénérescence.

Leur valeur comme signe de dégénérescence dépend de leur étendue, de leur nombre, de leur fréquence. A

ce titre là, il n'est pas étonnant de les rencontrer en plus grand nombre chez les dégénérés inférieurs.

Ces signes peuvent être héréditaires : on peut observer l'hérédité similaire et l'hérédité non similaire ; enfin on peut observer des anomalies similaires ou autres chez les collatéraux issus de parents qui en étaient dépourvus.

Nous avons recherché et publié ici des mensurations faites sur un grand nombre d'aliénés de l'asile de Villejuif.

Ces mensurations sont intéressantes, mais elles demandent à être répétées et confirmées par d'autres auteurs.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu : *Le Président*,
GILBERT-BALLET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Anglade. — Revue Médicale, 1907.

Babinski. — De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques, 1886.

Bénédik. — Nerven-Path-ùnd Electroth, p. 109 et 518.

Béno. — La syndactylie congénitale. Thèse de Nancy, 1888.

Bouvat. — De l'hérédité délirante. Thèse de Lyon, 1883.

Bilhault. — Absence congénitale des rotules. — Ann. de chirurgie orthopédique, N° 10, 1908.

Brissaud. — Soc. de Neurologie, 4 décembre 1902.

Camus Maurice. — Bulletin de la Soc. de Biologie, 1905, p. 1.555.

Charcot. — Leçons sur les paralysies du syst. nerveux.

Cullerre. — Des rétractions tendineuses et de l'amyotrophie consécutive aux attitudes stéréotypées dans les psychoses. Paris, 1908.

Delage. — L'hérédité et les grands problèmes de la biologie générale, Paris, 1903.

Desfosses P. — Examen clinique des formes exter. du cou. Presse med. N° 98, 1907.

Dubrisay. — Soc. d'obstétrique de Paris, 1898, p. 81.

Féré. — Les proportions des membres et les caractères sexuels. Journal d'anatomie, 1897.

Fournier Ed. — Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis. Th. de Paris, 1898.

Fotterby. — Revue écossaise, 1885, 2e sem. N° 7, P. 218.

Frigerio. — Arch. d'anthropologie criminelle, 1888, p. 455.

Gautier A. — Chimie biologique, 2e édit., 1897.

Galippe et Magnan. — Mémoires de la Soc. de Biologie, 1892, p. 277.

Girès. — Revue de Stomatologie, janvier 1908.

Grasset. — Hystérie et diathèse scrofuleuse, tuberculeuse. Nouvelles médicales. Mars-août 1884.

Halluin. — Myopathie primitive avec déformation osseuse. Th. Paris, 1892.

Hutchinson. — Syndromes acropathologiques. Sem. méd. N° 15, 1893.

Jacquin et Marquis. — Aliéné à rein unique. — Société anatomique de Bordeaux, 4 mars 1907.

Julia. — De l'oreille au point de vue anth. et méd. lég., p. 10.

Levaditi. — Spirochetes dans l'ovule. Ann. institut Pasteur.

Marie et Bonnet. — Les visions chez les idiots et les imbéciles. Dom. 1892.

Marie. — Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, sept. 1904.

Marie. — Soc. d'anthropologie de Paris, 20 juillet 1905.

Marie. — Sur quelques symptômes des délires systématiques. Dom. 1892.

Marie et Picqué. — Congrès de Grenoble, 1910.

Maygrier. — Bull. de la Soc. d'obstétrique de Paris, 1898, p. 28.

Meige. — Infantilisme, féminisme et hermaphroditisme antique. — L'anthropologie, 1895.

Nicefiero. — Race des pauvres. — Rev. de R., 14 juillet 1905.

Pierret. — Pathologie des cicatrices cérébro-spinales. — Congrès de Rome, 1894.

Pierret. — Les grandes lignes de l'héréd. psychopath. Rev. scientifique, 1897, p. 643.

Pigeaud. — Polydactylie. — Soc. méd. des hôpitaux, avril 1869.

Roubinovitch. — Acromégalie avec épilepsie et psychoses maniaque, dépression concomittente. — Gaz. des hôp. 1902, p. 1059.

Roubinovitch.— Démence précoce et rétrécissement cérébral.— Bull. de la Soc. de Méd. mentale, N° 4, 1908.

Seglas. — Examen morphologique des aliénés. (Nouv. Icono. de la Salp., 1889).

Sainton. — Glandes à sécrétion interne. Congrès de méd. de Paris, octobre 1907.

Thomson. — Edimbourg., méd. journ. janv. 1891.

Troquart. — Mém. et bull. de la Soc. de chirurgie de Bordeaux, 1866, p. 69.

Ugoletti. — Rev. pratique de biologie appliquée à la clinique et à la thérapeutique, mars 1908.

Varnfi. — Arch. di psych. neurol. anthro-crim et melg., juillet 1903.

Viollet. — Traumatisme crâniens et alien. ment. Th. Paris, 1905.

Wanchide. — Essai sur une psychologie de la main, Paris, 1907.

Wheaton. — Transactions of. the. pathological société of London, 1894, p. 238.